

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1941

16
No

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jacques-Henry WOLF

Né le 14 Mai 1914, à Saint-Cloud (Seine-et-Oise)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
ET MÉDICO-SOCIALE
DES DIFFÉRENTES MODALITÉS DE
TUBERCULOSES MIXTES

Président : M. TROISIER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MEDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1941

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jacques-Henry WOLF

Né le 14 Mai 1914, à Saint-Cloud (Seine-et-Oise)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
ET MÉDICO-SOCIALE
DES DIFFÉRENTES MODALITÉS DE
TUBERCULOSES MIXTES

Président : M. TROISIER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1941

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale	FIESSINGER.
»	ABRAMI.
»	LOEPER.
»	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale.....	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIE.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) ..	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin) ..	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE	Urologie.
DELARUE	Anat. pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ	Physique.
DESOILLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgic.
FUNK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^U ^e GAUTHIER-VILLARS ..	Anat. pathologique.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.

MM.	
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOL	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
LENEGRE	Pathologie médicale.
M ^U ^e J. LÉVY	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgic.
PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgic.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENÈQUE	Pathologie chirurgic.
SICARD	Pathologie chirurgic.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.

MM.	
LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique Médicale.
BRULÉ	
CATHALA	
CHABROL	
CHEVALLIER	
DONZELOT	
HUGUENIN	
LAROCHE (Guy)	
LIAN	
MOREAU	
PIEDELIEVRE	} Clinique Obstétricale.
SEZARY	
DUVOIR	
GASTINEL	

MM.	
BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER	
DE GAUDART D'ALLAINES	
LEVEUF	
MOULONGUET	
MOURE	
QUENU	} Clinique Obstétricale.
ECALLE	
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V₂ — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FAMILLE

A MES CAMARADES

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR TROISIER
Professeur de Clinique de la Tuberculose
Médecin de l'Hôpital Laënnec
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu faciliter nos recherches
et nous faire le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommage d'admiration et de profond
respect.*

A NOTRE MAITRE

M. LE DOCTEUR ETIENNE BERNARD

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine

Médecin de l'Hôpital Tenon

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré ce sujet, et nous a
guidé de ses précieux conseils.*

*En témoignage de reconnaissance et de
dévouement respectueux.*

*En remerciement de la confiance dont
il a toujours bien voulu nous ho-
norer.*

À NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

M. le Professeur CARNOT
M. le Professeur GOSSET
M. le Docteur HALBRON
M. le Docteur LABEY

Externat :

M. le Docteur DESMAREST
M. le Docteur THALEIMER
M. le Professeur CROUZON, *in mémoriam*
M. le Docteur ETIENNE BERNARD
M. le Docteur TZANCK
M. le Docteur MOREAU
M. le Docteur LEVANT

*Par qui nous avons appris à aimer et
à comprendre l'Art Médical.*

INTRODUCTION

Ayant observé et étudié à plusieurs reprises dans son Service un certain nombre de tuberculoses pulmonaires associées à des manifestations de tuberculose externe, notre Maître, M. le Professeur agrégé Etienne Bernard, a bien voulu nous convier à nous attacher, sous sa direction et aidé de ses précieux conseils, à l'étude de ces différentes modalités de tuberculoses mixtes.

Sous ce nom de tuberculoses mixtes que d'autres appellent encore tuberculoses associées ou tuberculoses multiples, l'usage est de comprendre l'association d'une tuberculose pulmonaire ou pleuro-pulmonaire, quelle que soit sa forme évolutive, et d'un ou plusieurs foyers de tuberculose externe ou chirurgicale.

Ces tuberculoses externes, en apparence un peu disparates forment en réalité un groupe relativement homogène. Elles comprennent les tuberculoses osseuses, ganglionnaires, génitales et certaines tuberculoses viscérales, telle que la tuberculose rénale ou iléo-cœcale.

De leur caractère extra-pulmonaire découle, tout au moins dans leur forme pure, isolée, une thérapeutique spéciale, un traitement externe plus ou moins direct, orthopédique ou chirurgical.

Enfin, presque toutes bénéficient tout au moins pendant une partie de leur évolution, de conditions climatiques spéciales : la cure hélio-marine.

Ainsi compris, ce groupe des tuberculoses externes doit être séparé de certaines manifestations extra-pulmonaires d'ordre purement médical, telles que la plupart des formes de tuberculose intestinale, la laryngite tuberculeuse, les méningites tuberculeuses terminales, qui ne peuvent être considérées comme des formes associées à une tuberculose pulmonaire, mais bien comme des complications évolutives de la tuberculose pulmonaire, restant dans le cadre de la phtisiologie pure.

Nous ne comprendrons pas non plus dans les tuberculoses multiples, certaines localisations viscérales, hépatiques, pancréatiques, etc... qui surviennent chez certains phtisiques à la période ultime de leur évolution, ni les multiples localisations d'une granulie généralisée.

Notre étude portera donc uniquement sur l'association d'une tuberculose pulmonaire ou pleuro-pulmonaire, quel que soit son mode évolutif, et d'un ou plusieurs foyers de tuberculose externe, et cela chez l'enfant et chez l'adulte.

Nous essaierons donc de donner dans un certain nombre d'observations cliniques quelques exemples de ces associations de nature et d'ordre chronologique différents et d'en tirer quelques conclusions, d'une part, d'ordre clinique, d'autre part, d'ordre pronostic et thérapeutique.

HISTORIQUE

Les multiples manifestations extra-pulmonaires de la tuberculose ont été longtemps considérées comme différentes dans leur nature de la phtisie proprement dite.

Les dissemblances d'évolution, de gravité même, faisaient considérer, alors, qu'il s'agissait de deux affections entièrement séparées.

Même après la découverte du bacille tuberculeux par Koch, et bien qu'il semble indiscutable que le même agent eût été retrouvé dans les lésions pulmonaire et extra-pulmonaires de la maladie, on pensait que deux races différentes de bacilles étaient en cause. Plus récemment encore, on établissait la discrimination sur des variations dans le degré de virulence. (C'est ainsi qu'on a incriminé le bacille bovin à l'origine des Tuberculoses externes, notamment ganglionnaires et osseuses.)

En fait, actuellement, on sait que le même bacille découvert par Koch est bien responsable des diverses localisations de la maladie.

Un des premiers, Laënnec établit avec Broussais dans son « Traité de l'Auscultation », les relations entre scrofule et tuberculose pulmonaire, et cela en se basant sur des notions essentiellement cliniques.

Puis, les travaux de Virchow, Lannelongue, Cornil et Grancher, en 1880, vinrent jeter une nouvelle lumière sur des faits déjà entrevus.

Ils démontrèrent expérimentalement l'analogie du germe en cause dans les manifestations pulmonaires et extra-pulmonaires de la tuberculose, en inoculant au cobaye du pus prélevé au niveau d'une adénopathie cliniquement tuberculeuse. Ils déterminèrent chez cet animal une tuberculisation évidente, causant la mort après quelques semaines.

Grancher observait alors, que la mort du cobaye inoculé est plus longue à survenir dans les cas de tuberculose extra-pulmonaire et invoquait dès ce moment à l'origine de celle-ci un bacille atténué. Ce même fait était relevé par Nocard qui avançait l'hypothèse d'une rareté plus grande du bacille de Koch dans le pus issu d'une manifestation extra-pulmonaire.

Billiet et Andral vérifiaient expérimentalement la chronologie des lésions déterminées chez l'animal.

En 1883, Quinquaud, dans sa Thèse d'Agrégation, insistait sur la relative fréquence avec laquelle on retrouvait des lésions pulmonaires chez des sujets ayant présenté auparavant une adénopathie même ancienne et guérie.

Ce fut d'ailleurs pendant longtemps, semble-t-il, l'opinion des anciens cliniciens.

Couvreur, dans sa thèse de 1892, constatait que la scrofule et la tuberculose pulmonaire n'étaient nullement indépendantes l'une de l'autre. Pour cet auteur, toute adénopathie cervicale, même guérie,

devait toujours faire craindre l'éclosion postérieure d'une tuberculose pulmonaire.

Vers la même époque, Letulle et Halbron, étudiant les complications osseuses et articulaires de la tuberculose, constataient la possibilité de leur co-existence, mais ils considéraient l'atteinte pulmonaire comme un accident terminal venant se greffer sur l'évolution d'une tuberculose osseuse.

Cependant, dès 1886, un courant d'idées entièrement différentes se faisait jour, grâce aux découvertes de Marfan. Ces faits jetèrent un jour nouveau sur les rapports des manifestations extra-pulmonaires et pulmonaires de la tuberculose.

Dans les « Archives Générales de la Médecine », Marfan affirmait « que l'on ne constate pratiquement pas de tuberculose pulmonaire évidente en évolution chez des sujets qui, dans l'enfance, eurent des écrouelles ou un lupus et qui, guéris avant l'âge de 15 ans, n'avaient à cette date été la proie d'aucune autre localisation tuberculeuse ».

Ainsi apparaissait avec la « Loi de Marfan » pour la première fois dans cette affection, la notion d'immunité.

En 1921, Marfan étendait encore la signification de ces idées ajoutant aux adénopathies et aux lupus, toutes les manifestations de la scrofule, carie osseuse, gomme, tumeur blanche, etc... qui se caractérisent par leur bénignité relative et par leur pouvoir de conférer à celui qui les porte, un certain degré de résistance à la tuberculose. Mais il exigeait la complète guérison avant 15 ans, insistant sur la notion d'âge, car les localisations extra-pulmonai-

res en évolution chez l'adulte n'ont aucun pouvoir immunisant.

Cependant, un courant d'idées contraires en analogie avec l'opinion des anciens cliniciens persistait encore ; Hamel, dans sa thèse, en 1910, insistait sur la fréquence d'un pronostic fâcheux chez tout porteur d'adénopathie tuberculeuse, même guéri, démontrant par des observations la fréquence des tuberculoses pulmonaires développées ultérieurement.

Cependant, en 1922, étudiant les localisations extra-pulmonaires isolées, Rist insistait dès l'abord sur le fait que ces formes de tuberculose se voient presque toujours dans l'enfance et dans l'adolescence et ne coïncident qu'exceptionnellement avec une tuberculose pulmonaire évolutive. De plus, il démontrait que ces manifestations externes, paraissant primitives, étaient en réalité, secondaires à un chancre d'inoculation pulmonaire le plus souvent guéri et cicatrisé.

Poursuivant son étude, il remarque la rareté des lésions extra-pulmonaires dans les services de phthisiques et les Dispensaires.

Enfin, donnant l'explication de ces formes localisées de tuberculose, il admet que si un sujet fait une tuberculose externe c'est parce qu'il est en état d'allergie et s'il ne fait pas secondairement une tuberculose pulmonaire, c'est parce que cet état d'allergie est entretenu par la lésion extra-pulmonaire.

Déjà, Léon Bernard et Masselot avaient montré dans une statistique que nous rappellerons ultérieurement, la rareté des tuberculoses extra-pulmonai-

rés et ces auteurs, insistaient sur la notion soulevée par Marfan : Les malades atteints de tuberculose externe dans leur passé faisaient, quand une lésion pulmonaire se développait secondairement chez eux, une forme larvée, torpide et fibreuse.

En 1920, Jacquemain, étudiant les tuberculoses mixtes qu'il recevait dans son Service de Larressore, constatait cependant une mortalité importante dans les cas où la tuberculose pulmonaire était secondaire à l'atteinte osseuse ; (mais il s'agissait de lésions pulmonaires terminales par généralisation consécutive à de grosses lésions osseuses), alors que certaines tuberculoses osseuses secondaires à une tuberculose pulmonaire ne semblaient pas avoir d'influence néfaste sur l'évolution de celle-ci. Il semble exister, disait-il, un balancement entre les deux sortes de lésions.

Plus près de nous, Caminot (1924) conclut lui aussi à la rareté de la co-existence de lésions pulmonaires et extra-pulmonaires, rapportant ce fait en partie à la proportion minime des tuberculeux extra-pulmonaires par rapport au grand nombre de ceux qui paient un tribut à la tuberculose pulmonaire.

Développant peut-être à l'excès les conclusions de Marfan, il avance que l'immunité est créée par toute manifestation extra-pulmonaire, guérie ou non, unique ou multiple, pourvu que le début de celle-ci remonte à l'enfance ou à l'adolescence. Mais, il reconnaît en même temps que chez l'adulte, les lésions externes se greffant sur l'évolution d'une tu-

berculose pulmonaire, ne sont nullement immunisantes.

En 1927, J. Frey, dans une thèse inspirée par MM. Bezançon et Braun, rappelant ces différentes notions : rareté relative des tuberculoses externes, mode évolutif particulier de l'atteinte pulmonaire atténuée chez les sujets qui ont présenté dans l'enfance une localisation externe, conclut cependant que la tuberculose pulmonaire se voit plus souvent qu'il n'est classique chez ces derniers.

Elle envisage enfin, l'avenir lointain de ces sujets et révèle que la tuberculose pulmonaire secondaire peut avoir une évolution grave, conditionnée en grande partie par des raisons d'ordre social.

Ces dernières années, la question des tuberculoses mixtes a été reprise plusieurs fois et notre Maître, M. Etienne Bernard, en a rapporté de nombreux cas.

En 1932, dans un travail sur les tuberculoses à localisations multiples, il en étudiait les différentes modalités évolutives, essayait d'en dégager les éléments d'ordre pronostic et montrait de quelle façon leur étude intéressait la pathologie générale de la Tuberculose.

Un peu plus tard, MM. Maurice Renaud et Petit-Maire, reprenaient l'étude des Tuberculoses associées.

Considérant la tuberculose dans son ensemble, ces associations leur paraissaient assez fréquentes. D'autre part, si chez certains malades, il semble exister un antagonisme entre tuberculose pulmonaire et localisation externe, chez d'autres, « on voit la ma-

l'adieu toucher en même temps, et avec régularité, les poumons et d'autres organes ». Les auteurs se demandent s'il y a là deux formes de la maladie ou deux classes de maladies.

Cette notion de terrain a été reprise par M. Etienne Bernard, car elle semble seule pouvoir expliquer la répétition incessante de multiples localisations externes successives chez certains malades. Il semble bien qu'il s'agisse là d'un certain terrain particulier « dont le substratum biologique et biochimique demeure le même sans progresser dans l'immunité ».

Enfin ces dernières années, notre Maître, s'attachant aux tuberculoses associées, assez fréquentes dans son service de la Salpêtrière, comparait leurs différentes modalités chez l'enfant et chez l'adulte.

Des divers cas examinés chez l'enfant, il ressort qu'il existe une habitude indépendance évolutive des lésions extra-pulmonaires apparues en même temps ou après la primo-infection bacillaire.

Seul persiste, comme le rappelait M. Comby, le danger de méningite.

Chez l'adulte, par contre, et bien que, dans l'ensemble, l'association de lésions pulmonaires et externes ne paraisse pas apporter au pronostic d'ensemble une gravité ou une bénignité particulière, une tuberculose pulmonaire, succédant à une lésion externe, a souvent une gravité moindre que dans les cas où la lésion pulmonaire est la première en date.

Les conclusions d'un travail récent de MM. Pierre Bourgeois et Mario Lebel semblent peu différentes

dans l'ensemble mais ces auteurs relèvent l'action favorable de certaines suppurations externes sur l'évolution pulmonaire, mais seulement dans certains cas précis de suppuration discrète touchant de petites articulations et, au contraire, les circonstances aggravantes des gros foyers de suppuration.

ÉTUDE CLINIQUE

Dans l'étude clinique des tuberculoses associées nous nous proposons, dans un but de clarté, d'envisager séparément suivant des plans nosologiques différents, les cas de l'Enfant et de l'Adulte.

Nous nous sommes permis cette distinction car, de cette étude, semblent ressortir, suivant l'âge, des conclusions cliniques et pronostiques différentes.

CHAPITRE PREMIER

TUBERCULOSE MIXTE CHEZ L'ENFANT

Chez l'enfant, les manifestations extra-pulmonaires sont plus fréquentes que chez l'adulte, elles demeurent le plus souvent isolées. La co-existence d'une atteinte pulmonaire et de lésions extra-pulmonaires est cependant loin d'être exceptionnelle, soit que des localisations externes viennent se greffer sur une évolution pulmonaire, soit que chez un sujet porteur d'une tuberculose chirurgicale, on assiste à l'éclosion et à la progression d'un processus pulmonaire.

Comme l'a justement fait remarquer notre Maître, il s'agit là de « coïncidences évolutives de deux localisations différentes de la même maladie ».

La fréquence de l'association de ces deux genres de lésions est difficile à évaluer, étant donné le petit nombre d'enquêtes dont elle a fait l'objet.

Dans sa statistique qui portait sur 561 enfants hospitalisés pour tuberculose à la Salpêtrière, de 1933 à 1936, M. Etienne Bernard relève 32 cas de tuberculeux mixtes, soit 6 %. Il reconnaît que cette proportion est certainement plus élevée que la fré-

quence normale de cette dissémination bacillaire et cela paraît en rapport avec le très petit nombre de Services hospitaliers à même de recevoir ce genre de malades.

Néanmoins, le nombre de ces cas est certes suffisant pour que l'on considère comme une entité clinique réelle ces formes complexes, trop longtemps négligées, et dont beaucoup sont, nous le verrons, éminemment curables.

Dans la classification clinique des cas que nous avons envisagés, nous nous soumettrons à un plan purement objectif que notre Maître avait déjà antérieurement suivi dans l'étude des formes associées des tuberculoses infantiles.

Nous étudierons donc succesivement :

- 1° Les tuberculoses mixtes avec atteinte pulmonaire grave,
- 2° Les tuberculoses mixtes à foyer pulmonaire plus ou moins étendu accompagné de signes évolutifs bacillaires,
- 3° Les tuberculoses externes associées aux primo-infections chez les enfants du premier âge,
- 4° Les tuberculoses mixtes à foyer extra-pulmonaire prédominant.

Parmi le nombre assez important d'observations que nous avons recueillies, nous choisirons quelques exemples qui semblent grouper ces différentes modalités cliniques qu'il nous a été donné de rencontrer chez l'enfant.

1° LES TUBERCULOSES MIXTES AVEC ATTEINTE
PULMONAIRE GRAVE

Chez un certain nombre de sujets, nous nous sommes trouvés en présence d'une tuberculose pulmonaire grave et hautement évolutive. Nous avons relevé en tout six de ces cas; parmi ceux-ci nous donnerons in-extenso trois observations plus spécialement démonstratives.

OBSERVATION N° 1. — Orl... Marie, 14 ans $\frac{1}{2}$.

L'enfant est amenée à la consultation au début de Janvier 1935 pour un ensemble de symptômes : amaigrissement, asthénie, toux, qui persistent depuis plusieurs semaines. Bien que l'on ne retrouve aucun contagé tuberculeux, on pense d'emblée, devant l'état général médiocre de l'enfant, à la possibilité de tuberculose.

Entrée en observation dans le Service, les clichés pulmonaires montrent une infiltration bi-apicale floue, plus étendue du côté gauche où existent par ailleurs des signes d'auscultation. La bacilloscopie est positive, confirmant l'impression première.

Un traitement par les sels d'or est institué qui doit être arrêté, car il est mal supporté.

Dès la fin du mois de Janvier, apparaissent des douleurs dans la hanche gauche et bientôt se fait jour *un abcès froid trochantérien*. Une ponction à ce niveau montre la présence d'un pus tuberculeux. Les radiographies de la hanche gauche ne montrent aucune lésion osseuse.

L'intensité des douleurs, l'apparition bientôt d'une attitude vicieuse font montrer l'enfant au spécialiste, qui conseille un appareillage orthopédique

Pendant plusieurs semaines, on note une amélioration locale, l'abcès froid s'assèche et disparaît spontanément en trois mois ; mais, concurremment, les lésions pulmonaires, un moment stationnaires, s'étendent rapidement, une hémoptisie survient et la malade est décédée cachectique en Décembre 1935, un an après son entrée dans le Service.

OBSERVATION N° 2. — Cha..., Raymond, 12 ans.

Le petit malade est entré à l'Hôpital de la Salpêtrière le 6 Novembre 1936. Bien que l'on ne retrouve dans ses antécédents aucun contagé familial, à l'âge de 4 ans, à la suite d'une chute, l'enfant accuse une douleur légère mais persistante dans la région dorso-lombaire.

Examiné cliniquement et radiologiquement à l'Hôpital des Enfants-Malades, on conclut à l'existence d'un mal de Pott vertébral.

L'enfant est plâtré, puis, après un an, il part pour Berck, où il reste immobilisé pendant 6 ans. Il quitte Berck, complètement guéri localement, avec une ankylose de la charnière dorso-lombaire. Mais, vers la fin de son séjour, on a noté l'apparition d'une petite infiltration au niveau du sommet pulmonaire gauche. Revenu chez ses parents, il va être suivi régulièrement. L'image radiologique est d'abord stationnaire, pendant quelques mois, puis brusquement il y a trois semaines sont apparus des signes cliniques, fièvre, toux et expectoration qui ont amené l'hospitalisation.

Pour la première fois, des examens de crachats ont été affirmatifs et la radio montre une nette extension de l'infiltration préexistante.

En outre, est apparue controlatéralement une image d'infiltration analogue.

En quelques semaines, l'évolution va se précipiter en même temps qu'on assiste à la diffusion des images radiologiques ; deux géodes sont apparues aux sommets et, en quelques semaines, l'enfant est décédé dans le Service après une évolution pulmonaire qui a duré moins d'un an.

OBSERVATION N° 3. — Le... Lucien, 12 ans.

L'enfant entre dans le service, le 3 août 1935, pour tuberculose pulmonaire à allure aiguë.

Ses antécédents héréditaires sont lourdement chargés, sa famille ayant payé un lourd tribut à la tuberculose ; son père et une sœur de 17 ans sont morts bacillaires, ses quatre frères et sœurs sont également contaminés.

C'est à l'âge de 9 ans, en Décembre 1932, que l'enfant est conduit à l'Hôpital Trousseau pour des douleurs et un gonflement de l'articulation radio-carpienne gauche. Les radiographies permettent de porter le diagnostic d'ostéo-arthrite tuberculeuse du poignet.

L'examen général ne révèle rien d'autre mais, sur les clichés pulmonaires apparaissent : un hile droit très accentué et une opacité floue au sommet du même côté. Un plâtre est posé au niveau du poignet gauche et l'on suit radiographiquement l'état pulmonaire.

Dès Mars 1933, apparaissent des douleurs de la hanche gauche, puis une adénopathie rétrocrurale importante siégeant du même côté est bientôt perçue. Enfin, la radiographie montre une décalcification de la tête fémorale avec flou de l'interligne articulaire. On pose un grand plâtre de Witmann.

Après un mois, devant la régression nette de l'image pathologique pulmonaire, l'enfant part pour le Sanatorium de Labenne. Il y reste d'Avril 1933 à Décembre 1934, l'ostéo-arthrite du poignet guérit entièrement et est déplâtrée. L'atteinte de la hanche est en voie d'amélioration ; mais, l'apparition de signes de péritonite bacillaire et la réapparition de phénomènes pulmonaires conditionnent le retour à Paris du petit malade.

Dès Février 1935, la hanche est devenue indolore, les radios montrent une recalcification partielle. L'enfant est déplâtré au mois de Juillet.

Pendant ce temps, les phénomènes pulmonaires qui avaient semblé stationnaires prennent une allure gravement

évolutive. La température devient hectique et les clichés montrent l'apparition d'une dissémination diffuse à type broncho-pneumonique d'emblée bi-latérale. L'enfant est décédé dans le Service le 1^{er} Janvier 1936.

De l'étude de ces trois malades, il ressort que chez deux d'entre eux (obs. 2 et 3), les manifestations ostéo-articulaires attirèrent initialement l'attention, alors que chez le premier l'atteinte pulmonaire fut, du moins cliniquement, la première en date.

La chronologie de la dissémination lésionnelle semble avoir peu influencé l'évolution même, l'atteinte pulmonaire ayant chaque fois déterminé la mort.

Si l'on examine séparément ces observations, on ne rencontre aucun parallélisme entre l'évolution pulmonaire et celle des lésions externes.

Chez Orl... Marie, les lésions pulmonaires d'emblée grave, évoluèrent d'une seule tenue, alors que l'on assistait à l'éclosion d'un abcès froid trochantérien spontanément régressif en trois mois.

Chez Cha... Raymond, la guérison osseuse semble avoir été absolument complète et l'extension des lésions pulmonaires ne s'est accompagnée d'aucune reprise évolutive du côté osseux, ni d'aucune nouvelle localisation.

Enfin dans la dernière observation, l'ostéo-arthrite du poignet était complètement guérie, la coxalgie en voie de calcification, lorsque les lésions pulmonaires sont réapparues puis se sont étendues

sans amener aucune modification de l'état ostéo-articulaire.

Donc, dans ces formes graves, mortelles, il ne semble y avoir aucune corrélation évolutive entre la tuberculose pulmonaire et la tuberculose externe. Le problème reste celui d'une lésion pulmonaire hautement évolutive.

La dissémination lésionnelle n'a eu aucune répercussion pronostique et malgré la gravité des signes pulmonaires, les atteintes locales ont pu régesser, voire même guérir.

Il s'est donc bien agi de simples « *coïncidences évolutives* ».

2° LES TUBERCULOSES MIXTES A FOYER PULMONAIRE PLUS OU MOINS ÉTENDU ACCOMPAGNÉ DE SIGNES ÉVOLUTIFS BACILLAIRES

Cette éventualité nous a paru nettement plus fréquente que la précédente. Nous en avons réuni en tout une quinzaine d'Observations, parmi lesquelles nous choisirons encore les trois plus complètes que nous donnerons in-extenso, à titre d'exemple.

OBSERVATION N° 4. — Col... Antoinette, âgée de 13 ans. A son entrée dans le Service, la malade n'avait jamais été en contact dans sa famille avec des personnes tuberculeuses, bien qu'un de ses frères eût été soigné à Berck pour une adénopathie tuberculeuse.

C'est en Juillet 1934, peu après l'apparition de ses premières règles, que l'enfant constate au niveau de son avant-

bras gauche, l'apparition d'une petite tuméfaction indolore, fluctuante, ayant l'aspect d'une gomme en voie de ramollissement.

Augmentant vite de volume, cette petite tumeur se fistulise alors que d'autres semblables apparaissent disséminées.

En Novembre 1934, se déclare une pleurésie séro-fibrineuse gauche, dont le liquide régresse spontanément en six semaines.

A son entrée dans le Service, on constate des gommages, réparties au niveau du dos de la main droite, de l'avant-bras gauche, du pouce gauche.

L'état général est satisfaisant, la température est normale.

L'examen radiologique décèle, outre l'ombre pleurétique en régression, une infiltration bi-apicale mal limitée. Malgré la répétition des examens, on ne trouve pas de bacille de Koch dans l'expectoration.

L'examen radiographique des os, dans les régions intéressées par les gommages, montre leur intégrité absolue.

L'examen bactériologique du pus, prélevé au niveau d'une gomme, démontre sa nature tuberculeuse, l'inoculation au cobaye est positive.

L'évolution fut ici particulièrement favorable, la pleurésie ayant régressé totalement, les lésions apicales disparurent en un an et lors de la sortie de la malade, en Août 1935, toutes les localisations externes avaient disparu.

OBSERVATION N° 5. — Duv... Maurice.

Chez cet enfant âgé de 10 ans, il n'existe aucun antécédent pathologique. Le début de son affection remonte à Février 1934. Des douleurs persistantes au niveau du genou gauche ont motivé une consultation, et le diagnostic de tumeur blanche du genou en pleine évolution est posé.

Le fléchissement de l'état général, l'existence de température et d'une toux fréquente font pratiquer une radio pulmonaire qui révèle une opacité du sommet droit et un hile gauche nettement marqué.

Au mois de Mars, après une rougeole, l'image opaque

du sommet droit se creuse, et l'expectoration devient bacillifère.

L'enfant est hospitalisé à la Salpêtrière, son état général est alors fort précaire. L'atteinte ostéo-articulaire paraît grave, le genou reste fléchi à 60°, et l'extension continue n'est pas supportée.

Un volumineux abcès, rapidement fistulisé, s'est constitué à la face antéro-externe de l'articulation.

Le genou s'assèche cependant et l'on obtient sa guérison clinique et radiologique avec ankylose en attitude vicieuse en Septembre 1936, après une évolution de trois années.

Mais l'état pulmonaire qui s'était d'abord amélioré, tend à devenir stationnaire. Les examens de crachats sont tour à tour positifs ou négatifs. Dès Juillet 1935, il existe une très nette tendance au fibro-thorax. La bacilloscopie redevient négative jusqu'en Juillet 1937. A cette date, malgré une rétraction fibreuse extrêmement prononcée, et après une poussée évolutive, est apparue une spéléonque à l'apex droit. On tente un pneumothorax artificiel qui s'avère impossible et l'enfant fait un stage de un an à Brévannes, sans qu'on note de changement dans l'image pulmonaire qui paraît stationnaire.

OBSERVATION N° 6. — Bal... Romain, 6 ans.

C'est en Novembre 1936, après une rougeole, qu'apparaît un fléchissement de l'état général. Pendant les mois qui suivent, des douleurs dans la région dorsale deviennent de plus en plus fréquentes et, lentement, se constitue une gibbosité. La température oscille bientôt entre 38° et 39°. L'enfant est hospitalisé à l'Hôpital Bretonneau où l'on diagnostique un mal de Pott et l'enfant est plâtré le 18 Janvier 1937.

Il entre à la Salpêtrière au mois de Mars, car les radios pulmonaires ont montré un hile chargé et une infiltration de la base droite. On cherche la présence de bacilles de Koch et, après un examen négatif, la bacilloscopie s'avère positive.

Au point de vue osseux, il s'agit d'un mal de Pott dorsal, avec écrasement cunéiforme de la septième vertèbre, il n'existe ni signe de compression médullaire, ni abcès. Après

un séjour de 4 mois à Brévannes, l'enfant revient à la Salpêtrière. L'image pathologique pulmonaire a régressé spontanément et, dès Octobre 1937, la bacilloscopie est restée négative. Les lésions pottiques sont en voie d'amélioration, le plâtre est conservé et l'enfant est parti en Suisse dès le début de 1938.

OBSERVATION N° 7. — Bre... Denise, 4 ans $\frac{1}{2}$.

Née de parents bien portants, l'enfant a 7 frères et sœurs, actuellement en bonne santé, un frère a cependant été suivi dans le Service en 1932, pour primo-infection tuberculeuse.

Une cuti-réaction est pratiquée à l'Hôpital Hérold, le 2 Juillet 1936 ; elle est négative.

L'enfant est hospitalisée le 15 Août 1936, pour des signes pulmonaires aigus. La cuti-réaction est alors fortement positive. La radio pulmonaire montre une infiltration floue para-hilaire gauche et quelques taches apicales du même côté. On ne trouve pas de bacille de Koch, dans le liquide de lavage gastrique. L'extension rapide de l'image para-hilaire fait penser, à la fin du mois d'Août, à une spléno-pneumonie.

Le 15 Septembre, l'opacité radiologique est telle qu'on pense à l'existence d'une lame liquidienne. Une ponction vient confirmer la réalité d'une pleurésie séro-fibrineuse.

En Novembre, on constate une kératite phlyténulaire bilatérale.

En Janvier 1937, plusieurs aires ganglionnaires sont le siège de micro-polyadénopathies. Pendant toute cette période, l'état pleuro-pulmonaire est demeuré stationnaire et l'on assiste à la régression du liquide, alors que par 3 fois, la bacilloscopie est positive.

En Octobre 1937, un volumineux abcès froid de la région orbito-malaire gauche se fait jour et se fistulise. La radiographie constate un processus d'ostéite au niveau de l'orbite gauche. Après quelques semaines de physiothérapie, la fistule se tarit.

En Février 1938, se développe une grosse adénite cervi-

cale gauche qui regresse vite sous l'influence des rayons ultra-violets.

Dès le mois de Mai 1938, le nettoyage radiologique pulmonaire et pleural s'est complété, toutes les recherches de B.K. sont négatives. La guérison semble complète et l'enfant est sorti de l'Hôpital fin Septembre.

Parmi les quinze observations qui entrent dans ce groupe, nous en avons donc isolé quatre, à la vérité assez dissemblables, mais reliées entre elles par l'existence d'un foyer pulmonaire tuberculeux certain et par des signes d'évolutivité nette.

Chez trois d'entre nos malades, on a décelé à un moment donné de l'évolution, la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration, signant ainsi l'atteinte pulmonaire; chez le troisième, l'inoculation au cobaye du liquide pleural a donné des résultats positifs.

Malgré l'association fort différente des lésions pulmonaires et locales, l'évolution dans l'ensemble est restée relativement favorable, la dissémination bacillaire ne paraissant pas avoir entraîné une aggravation pronostique. Presque toujours, mais de façon plus ou moins rapide, les lésions pulmonaires ont paru s'amender. Quant à l'atteinte locale, elle a poursuivi son évolution presque sans être écourtée, ni prolongée et le pronostic est resté sensiblement le même qu'en cas de lésion isolée.

Dans notre premier cas (obs. 4), il s'agissait d'une forme assez spéciale à l'enfant, comme Armand Delille l'a montré, les tuberculoses cutanées et superficielles apparaissant surtout chez les sujets

jeunes. L'évolution fut particulièrement favorable, les lésions cutanées premières en date, pleurales et pulmonaires, guérirent. Nous avons pu revoir cette petite malade en 1939, son état était alors excellent.

Dans le deuxième cas (obs. 5), la lésion la première en date, paraît avoir été l'ostéo-arthrite du genou. Malgré l'importance et la sévérité de cette atteinte, la guérison fut obtenue en trois ans. Concommément, l'état pulmonaire s'est amélioré, la tendance sclérosante étant ici particulièrement développée, cependant, malgré le fibro-thorax, une tuberculose ulcéro-fibreuse chronique a continué d'évoluer. Cette éventualité n'a pas empêché la régression complète de l'atteinte extra-pulmonaire, il n'y a pas eu d'autre localisation externe, malgré la persistance du foyer pulmonaire.

Dans le troisième cas (obs. 6), il semble bien que consécutivement à une maladie anergisante, les lésions sont apparues presque simultanément. Les signes pulmonaires ne sont amendés assez vite, par contre, le mal de Pott a poursuivi son cycle évolutif normal.

Enfin, dans le dernier cas sur lequel nous reviendrons ultérieurement, malgré une évolution pulmonaire qui semblait devoir être sévère, et bien que les localisations externes aient été multiples, nous avons assisté en deux ans environ à la guérison totale de la petite malade.

Ainsi, ici encore, et malgré l'apparition rapprochée des localisations, cette dissémination bacillaire précoce n'a pas imprimé un caractère spécial au pronostic d'ensemble. Sur les quinze cas que nous

avons rangés dans ce groupe, huit au moins ont eu une évolution heureuse.

Le cycle évolutif, comme dans le groupe précédent, a paru s'accomplir isolément, qu'il s'agisse d'effets pulmonaires ou extra-pulmonaires. Seule, la plus grande gravité des uns ou des autres a pu imprimer un cachet spécial au tableau clinique.

3° LES TUBERCULOSES EXTERNES ASSOCIÉES AUX PRIMO-INFECTIONS CHEZ LES ENFANTS DU PREMIER AGE

Ce troisième groupe concerne des cas relativement semblables aux précédents, mais le jeune âge des sujets permet d'affirmer, tout au moins avec une certitude plus grande, que le foyer pulmonaire correspond bien à la primo-infection tuberculeuse.

Nous n'avons pu retrouver que neuf cas qui furent soignés à la crèche du Service de la Salpêtrière. Nous en rapporterons succinctement deux.

OBSERVATION N° 8. — Lem... Robert, 2 ans.

Bien portant jusqu'à l'âge de 18 mois, cet enfant n'a subi aucun contage familial.

Un examen pulmonaire fortuit effectué à l'occasion d'un épisode bronchitique et une cuti-réaction pratiquée à ce moment et qui fut négative, permettent de fixer approximativement la date de la contamination.

Trois mois plus tard, en effet, en Mars 1935, un fléchissement de l'état général fait penser à la possibilité d'une tuberculose et la cuti-réaction s'affirme cette fois positive. Un

cliché radiographique montre une réaction hilaire gauche marquée.

Il est admis à la Crèche, où l'existence de douleurs persistantes dans la région dorsale fait pratiquer un examen osseux. On découvre une légère cyphose médiane au niveau des dernières vertèbres dorsales. Les radios décèlent d'ailleurs un aplatissement cunéiforme de la douzième vertèbre dorsale. Plâtré en Juin 1936, il est suivi dans le Service et nous avons pu assister à la lente régression des symptômes tant osseux que pulmonaires. Parti en cure sanatoriale du mois d'Août 1938 à Mars 1939, il est revu à cette date, la lésion pulmonaire est totalement cicatrisée, la lésion osseuse est en voie nette d'amélioration et l'enfant a pu être envoyé en cure d'altitude.

OBSERVATION N° 9. — Bo... François.

Agé de 2 ans à son entrée dans le Service, son père est mort de tuberculose pulmonaire quelques mois avant sa naissance.

L'enfant a fait une rougeole en Juillet 1935, une coqueluche en Juillet 1936. Suivi au dispensaire ainsi que ses deux frères, il avait jusqu'à cette dernière date une cuti-réaction négative.

Rapidement après sa coqueluche est apparue une adénite cervicale gauche. La cuti-réaction est alors fortement positive. Assez vite, les ganglions augmentent de volume, puis une adénopathie similaire apparaît du côté opposé et l'enfant est adressé dans le Service où il entre en Décembre 1936.

L'adénopathie cervicale gauche se fistulise peu de temps après son entrée, en même temps qu'apparaît une tuberculose verruqueuse de la face dorsale de la deuxième phalange du médius gauche. Une radio pulmonaire montre l'existence d'une image opaque, homogène, arrondie, parahilaire gauche.

Cette lésion eut d'abord une tendance extensive, puis elle devint plus floue, pour disparaître en Mars 1937.

La ténacité des lésions locales fait instituer un traite-

ment au myoral. Rapidement alors la fistule cervicale se ferme, la tuberculose verruqueuse disparaît. Rendu à sa famille, l'enfant était revu en 1938 entièrement guéri.

Ainsi cliniquement, ces cas paraissent peu différents de ceux du groupe précédent. Cependant, nous répétons que le jeune âge des malades, le type même des images radiologiques et surtout la notion presque constante de virage de la cuti-réaction, nous permettent de penser qu'il s'agit là de cas de primo-infections tuberculeuses. Du moins, les manifestations pulmonaires sont-elles survenues dans un délai très proche de la contamination.

Si l'on envisage séparément nos deux observations, on doit admettre que l'ordre d'apparition des lésions, le nombre même des manifestations extra-pulmonaires ne paraissent pas jouer un rôle important dans le pronostic général.

Ici encore, qu'il s'agisse de manifestations coïncidentes ou successives, elles ont évolué chacune pour leur propre compte. Nous n'avons relevé aucune interaction notable entre les deux genres de lésions.

4° LES TUBERCULOSES MIXTES A FOYER EXTRA-PULMONAIRE PRÉDOMINANT

Nous avons rangé sous cette rubrique un certain nombre d'observations cliniquement opposées à celles de notre premier groupe. Ici, en effet, la note

dominante a été donnée pendant toute l'évolution par les localisations extra-pulmonaires, le pronostic ayant été constamment sous leur dépendance unique.

Nous avons pu retrouver treize de ces cas, chez des enfants dont l'âge varie de 3 à 16 ans. Nous rapporterons ici quelques-unes de ces observations qui nous ont paru, par leur allure divergente, résumer l'ensemble des possibilités évolutives.

OBSERVATION N° 10. — Thi... Reine.

L'enfant nous est adressée à la Salpêtrière en Mars 1935, à l'âge de 11 ans $\frac{1}{2}$, parce que au cours d'une visite prophylactique, à Héroid, la cuti-réaction a été trouvée fortement positive. On relève dans ses antécédents, le décès de son père, mort dans l'année, de tuberculose pulmonaire.

Malgré un état général assez satisfaisant, la radio révèle une réaction hilaire droite et une plage d'opacité floue, partant du hile gauche et s'étendant vers la clavicule. Toutes les recherches de bacille restent négatives.

Traitée par les sels d'or, la malade, après 2 mois, part pour Ormesson, où elle reste un an.

Vers la fin de son séjour, on note l'apparition de plusieurs gommes tuberculeuses typiques sur la face dorsale de la main gauche et au niveau de la cuisse droite, puis un abcès froid à point de départ osseux (ostéite d'un métacarpien) au niveau de la main droite.

Elle revient à la Salpêtrière en Juin 1936, est traitée par les rayons ultra-violets et l'antigène métyhlique. Les lésions locales se cicatrisent rapidement.

L'état pulmonaire est resté parfait.

On revoit l'enfant en 1937, après un séjour à Hendaye, son état pulmonaire est toujours excellent, mais il est apparu une volumineuse adénite sous-maxillaire fistulisée. Ici encore

la thérapeutique par les rayons ultra-violets amènent la guérison de cette localisation qui paraît avoir été la dernière.

OBSERVATION N° 11. — Coz... Simone.

Agée de 15 ans, la malade a fait une pleurésie séro-fibrineuse en Mai 1939. Guérie après six semaines, elle part en convalescence pour Sallanches et y reste deux mois, puis fait un séjour dans sa famille à la campagne pendant trois mois.

A la fin de Novembre, elle ressent au niveau de la cheville gauche des douleurs spontanées, exagérées à la marche.

Suivie au Centre de triage, son état pulmonaire paraît normal, mais on la fait entrer en observation à la suite de ces phénomènes articulaires.

L'examen pulmonaire ne révèle que des séquelles pleurales et une réaction hilaire droite exagérée.

Au niveau du pied gauche, existe une ostéo-arthrite fongueuse en pleine évolution, cliniquement et radiologiquement évidente.

La malade a été récemment envoyée au Sanatorium des Escaldes.

OBSERVATION N° 12. — Pa... Paul, 15 ans.

En Février 1939, le malade présente un épisode pulmonaire aigu bâtarde, suivi d'une réaction liquidienne droite. La température reste élevée pendant deux mois. Les examens cyto-bactériologiques montrent qu'il s'agit d'une pleurésie séro-fibrineuse à formule lymphocytaire. En deux mois, le liquide régresse, il n'existe pas de lésion importante du parenchyme mais une simple réaction hilaire droite.

Au début d'Août 1939, le malade se plaint de douleurs au niveau des articulations tibio-tarsiennes droite et gauche, du coude gauche et du poignet droit. Ces articulations sont le siège d'un gonflement important, mais il n'existe pas de point douloureux osseux.

Le salicylate reste sans effet.

D'ailleurs, peu à peu, la tuméfaction du coude gauche augmente de volume, il existe à ce niveau une collection froide intéressant la synoviale des extenseurs. Une collection semblable siège sur le poignet droit. On décide de plâtrer les articulations malgré l'absence de lésion osseuse visible.

Après deux mois, une amélioration nette est apparue sauf au niveau du coude gauche où l'abcès froid s'est fistulisé, la radio révélant une importante décalcification.

L'examen du pus issu de la fistule montre par trois fois la présence de B.K.

L'inoculation au cobaye réalise chez ce dernier une tuberculose type Villemin.

La fistule tarit lentement. L'état général s'est amélioré, la radio thoracique ne décèle plus aucune lésion pathologique.

Le malade est parti pour le Sanatorium de Port-Neuf en Janvier 1940.

OBSERVATION N° 13. — Che... Raymond, 6 ans.

Pas de contag tuberculeux dans les antécédents de cet enfant.

En Août 1935, âgé de 5 ans, il vient consulter à la Salpêtrière pour un état général déficient, la cuti-réaction est positive, la radio a montré l'existence d'une primo-infection à point de départ hilair gauche.

Depuis environ 3 mois, l'enfant se plaint de douleurs constantes dans la région dorsale.

On sent nettement la saillie d'une apophyse épineuse au niveau de laquelle la pression est douloureuse. Les clichés osseux ont montré l'atteinte de la huitième vertèbre dorsale.

L'enfant est admis et plâtré en Septembre 1935. Très rapidement se constitue un abcès pottique qui se fistulise après deux mois.

L'état général de l'enfant décline, bien que l'aspect radiologique pulmonaire soit redevenu sensiblement normal. L'amaigrissement se poursuit, la température est oscillante.

Et l'enfant succombe un an après son entrée dans le service.

L'examen nécropsique a montré la dégénérescence amyloïde du foie et des reins.

OBSERVATION N° 14. — Lep .. Emile, 16 ans.

Dès son plus jeune âge, le malade a été en contact avec un père atteint de tuberculose pulmonaire. Puis, depuis l'âge de 2 ans $\frac{1}{2}$, il a vécu à la campagne chez des parents, il reste délicat et sujet à des crises d'asthme fréquentes.

A 10 ans, par mesure prophylactique, il a fait un an de préventorium.

En Décembre 1938, le malade est admis en observation à l'Hôpital Tenon pour des troubles de l'état général. Sa cuti-réaction est positive et bien que l'on ne trouve aucune lésion pulmonaire en activité, on conseille un nouveau séjour en préventorium.

Il revient dans le Service en Février 1939 avec une température élevée et une toux fréquente. La radio pulmonaire montre alors, outre une réaction hilaire, un petit infiltrat arrondi, opaque, de la région sous-claviculaire droite. Tous les examens bacilloscopiques sont négatifs, cependant la température reste à 39° pendant encore 2 mois, puis la défervescence se fait, en même temps que régresse l'image pulmonaire.

Le malade part en convalescence pour Mégève, où il séjourne quatre mois.

Il revient à Paris en Octobre 1939 et reprend son travail.

En Janvier 1940, le malade revient consulter pour des douleurs vertébrales, l'examen révèle les signes d'un mal de Pott lombaire que confirme la radiographie. Une greffe d'Albee est pratiquée le 27 janvier. Le malade reste allongé cinq mois. Il n'y a ni abcès, ni fistule et l'on autorise au mois de Juillet la marche avec un corset plâtré. Les lésions pulmonaires paraissent cicatrisées.

Alors qu'on envisageait son départ à Brévannes en Septembre 1940, une méningite tuberculeuse emporte l'enfant en 15 jours.

Telles sont les différentes modalités évolutives que nous avons pu observer dans les cas où la manifestation extra-pulmonaire fut prépondérante. Dans son ensemble, l'évolution de ces différents cas fut, en effet, liée à celle de la tuberculose externe, d'ailleurs, l'atteinte pulmonaire fut toujours minime, le plus souvent il ne s'est agi que d'une réaction hilaire peu marquée, séquelles d'allure peu évolutive ou régressive.

Dans la première Observation (N° 10) les atteintes locales furent multiples, mais peu importantes, sous-cutanées, osseuses, ganglionnaires, elles firent leur apparition au déclin de l'évolution d'une primo-infection pulmonaire bénigne. Toutes ont guéri en moins de deux ans, sans que l'on ait vu reprendre l'évolution pulmonaire.

Dans les deux observations suivantes (N° 11 et 12) l'atteinte initiale fut pleurale; la participation pulmonaire ne s'étant traduite que par une image de sclérose para-hilaire.

Dans un cas les manifestations articulaires furent toutes régressives, sauf une ; dans l'autre, l'évolution est actuellement celle d'une ostéo-arthrite isolée.

Avec la quatrième Observation (N° 13) l'indépendance évolutive entre manifestations pulmonaire et extra-pulmonaire semble au maximum, puisque malgré une lésion osseuse grave, fistulisée, mortelle, on put assister à la disparition de l'image pulmonaire de primo-infection.

Enfin, le dernier exemple (Obs. N° 14) fait apparaître l'éventualité toujours possible que M. J. Comby, rappelait récemment à la Société Médicale des Hôpitaux, à savoir que la persistance d'un foyer évolutif chez l'enfant est parfois à l'origine de manifestations méningées ou d'une généralisation, que rien ne peut faire prévoir. Dans ce dernier cas, en effet, la dissémination lésionnelle ne semblait pas devoir impliquer une gravité particulière, lorsque sont survenus les accidents méningés.

CONCLUSIONS CLINIQUES ET PRONOSTIQUES CHEZ L'ENFANT

La classification que nous avons adoptée et qui nous a parue la plus rationnelle dans les cas de tuberculose mixte infantile, a déjà été préconisée par notre Maître, M. Etienne Bernard.

Elle a l'avantage de grouper la totalité des cas cliniques que nous avons pu rencontrer et permet de les exposer de manière objective.

Il ne s'agit cependant que d'une classification purement clinique et nous nous sommes rendu compte de l'inconvénient qu'il y a à ne pas envisager les formes anatomiques suivant l'importance et le nombre des manifestations extra-pulmonaires.

Il apparaît comme évident, en effet, que l'association d'une tuberculose pulmonaire et d'un mal

de Pott comporte un pronostic plus sévère que la co-existence de lésions superficielles telles que gommes ou adénopathies, et d'une lésion pulmonaire.

Cependant, cette différence de gravité nous a paru infiniment moins marquée que chez l'adulte étant donné, d'une part, qu'il existe dans tous les cas, une indépendance évolutive et, d'autre part, les lésions externes associées ont, même dans les éventualités graves, une tendance certaine à la régression.

Par ailleurs, nous avons été frappé par le nombre important d'associations lésionnelles que nous avons pu réunir chez l'enfant.

Il est certain que, si dans l'ensemble, les tuberculoses mixtes restent assez rares, comparées au nombre considérable des tuberculeux pulmonaires, le chiffre n'en est pas moins suffisamment élevé pour que l'on ne considère pas cette éventualité comme exceptionnelle.

Nous avons, en vain, cherché dans la Bibliographie récente, une statistique capable de nous renseigner sur la fréquence proportionnelle de ces modalités chez l'adulte et chez l'enfant. Nous n'avons pu retrouver non plus de statistique donnant le pourcentage, chez ce dernier, de l'atteinte pulmonaire isolée, de l'atteinte extra-pulmonaire pure et des formes associées.

Il est vrai qu'on se heurte là à l'absence de tout organisme spécialisé dans le traitement des formes mixtes de l'enfant. Celles-ci restent ordinairement dispersées dans les différents Services qui acceptent les enfants tuberculeux.

Pour notre part, nous avons pu reprendre la statistique que notre Maître avait établie dans son Service de la Salpêtrière, pour la période de 1933 à 1936. Celle-ci donnait un pourcentage de 6 % des enfants hospitalisés.

Nous avons réussi, grâce aux documents conservés dans le Service, à faire porter nos chiffres sur l'ensemble des enfants hospitalisés de 1933 à 1938 : Sur 754 enfants hospitalisés, nous avons trouvé 43 cas de tuberculose mixte, soit 5,7 %.

Ce chiffre est certainement supérieur au pourcentage, étant donné le nombre restreint de Services recevant ce genre de malades. Il est cependant à retenir.

De l'étude de la tuberculose associée chez l'enfant, il ressort un certain nombre de conclusions pronostiques importantes.

Nous avons pu constater que l'apparition précoce de manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires, qu'elles soient ostéo-articulaires, ganglionnaires ou sous-cutanées, n'aggrave pas le pronostic évolutif de l'atteinte pulmonaire associée.

Nous n'avons pu rencontrer des cas analogues à ceux qu'ont cités certains Auteurs, où l'on a pu assister à des phénomènes de bascules, de compensations, entre localisations pulmonaires et localisations externes.

Les lésions évoluent chacune pour leur compte propre, sans qu'il y ait d'interaction réciproque notable, il y a donc « autonomie évolutive ».

Dans certains cas, suivant la tendance évolutive de la lésion prédominante, le pronostic sera

commandé par cette dernière ; dans d'autres, l'évolution se fera parallèlement, mais de façon isolée, seule la virulence de l'infection et la forme de résistance du terrain peuvent imprimer un caractère évolutif spécial.

Beaucoup de cas de tuberculose mixte chez l'enfant sont éminemment curables et bénéficieraient, nous le verrons, d'une thérapeutique active, mais nous ne saurions suivre dans ses conclusions, M. Jacquemain, quand il écrit que l'évolution des tuberculoses mixtes est, en général, plus favorable que celle des tuberculoses pulmonaires exclusives.

Bien que nettement meilleur que chez l'adulte, le pronostic nous a paru légèrement moins favorable qu'en cas de lésion isolée ; non pas, nous l'avons vu, qu'il existe une interaction entre lésion pulmonaire et locale, mais parce que l'atteinte pulmonaire, en retentissant sur l'état général, modifie la résistance du terrain. Rappelons cependant, que nous avons vu régresser des lésions osseuses chez des malades porteurs d'une tuberculose pulmonaire grave, mortelle.

D'autre part, la lésion pulmonaire peut agir indirectement aussi sur l'état osseux, en interdisant tout au moins momentanément certains traitements : intervention chirurgicale ou cure héliο-marine. Enfin, et nous en avons rapporté un cas, l'apparition de métastases extra-pulmonaires récentes témoigne de la persistance du foyer évolutif, et laisse la porte ouverte à la généralisation ou à de nouvelles localisations dont certaines peuvent être mortelles.

CHAPITRE II

TUBERCULOSE ASSOCIÉE CHEZ L'ADULTE

Les tuberculoses chirurgicales sont certainement moins fréquentes chez l'adulte que chez l'enfant. Le plus souvent « elles évoluent d'une façon isolée, première et souvent unique manifestation d'une infection tuberculeuse jusque-là ignorée » — (Rist.)

L'âge impose à la tuberculose le choix de ses localisations, nous n'entendons point parler ici de l'âge de l'infection tuberculeuse, mais de l'âge du sujet.

Depuis quelques années, nous observons des primo-infections récentes chez le jeune adulte, et pourtant il n'apparaît pas que le nombre des tuberculoses externes soit plus élevé chez lui. Cette question de l'âge de l'individu comporte dans le domaine des localisations une importance qui ne peut être niée.

Il n'en reste pas moins que les cas d'associations d'un ou plusieurs foyers de tuberculose externe et d'un foyer pulmonaire sont loin d'être rares.

* Mais dans la terminologie même du mot association, il faut entendre deux significations différentes.

En effet, l'apparition et l'évolution simultanée de foyers tuberculeux, dans des organes divers n'est pas des plus fréquentes ; par contre, une autre modalité d'association est plus souvent rencontrée, entendons qu'elle se situe dans le temps et qu'il s'agit plus de succession que d'association. Ces cas rentrent dans le cadre de ce que certains Auteurs ont écrit, comme « Tuberculose à foyers métastatiques successifs ».

Parmi les cas de tuberculose mixte que nous avons pu réunir, la plupart rentrent dans ce deuxième groupe, la lésion initiale, qu'elle soit pulmonaire ou extra-pulmonaire, ayant évolué, en général, un certain temps isolément avant que ne viennent se greffer un ou plusieurs autres foyers tuberculeux.

Aussi, nous avons pensé préférable d'adopter ici une classification qui tienne compte de cette chronologie d'apparition lésionnelle, étant donnée les divergences d'évolution qu'elle comporte souvent.

D'autre part, nous avons cru devoir faire intervenir dans ces associations, le nombre et l'importance des foyers extra-pulmonaires qui nous ont paru, dans certains cas, avoir un retentissement sur l'évolution générale.

I. — FRÉQUENCE

Contrairement à la difficulté que nous avons eue à trouver les statistiques en ce qui concerne les tuberculoses mixtes de l'enfant, nous avons pu nous

baser chez l'adulte sur un nombre important de travaux de cette sorte, dont certains remontent déjà à plusieurs années.

La première partie des statistiques a été faite dans des Services ou des Consultations hospitalières.

Léon Bernard et Masselot, sur 1.046 malades atteints de tuberculose pulmonaire, ont retrouvé 110 cas de localisation extra-pulmonaire, soit 9,4 %.

Camino, dans sa thèse, sur 4.654 observations, relève 144 cas, soit 3,2 %. Il trouve par ailleurs 51 cas de localisations extra-pulmonaires multiples.

Robert Debré, sur 200 cas, note un pourcentage de 3,5 %.

Maurice Renaud et Petit-Maire, dans une communication datant de 1933 et portant sur 100 femmes envoyées pour lésions pulmonaires au Pavillon Vulpian à Brévannes, relèvent 8 cas de formes associées.

A la même date, Pierre Bourgeois, sur 700 malades, donne 100 cas de tuberculose mixte, soit 14,5 %, dont 4 % seulement présentent des localisations multiples.

Notre Maître, Etienne Bernard, par 2 fois, a procédé à cette enquête. A l'Hospice de Bicêtre, sur 326 malades hommes, relève 23 cas, soit 7,1 %. A l'Hospice de la Salpêtrière, en 2 ans, sur 500 tuberculeuses, il note 29 cas de formes associées, soit 5,8 %.

Ainsi, en résumant les diverses statistiques, on arrive à une moyenne de 5,7 % de sujets qui, atteints

de tuberculose pulmonaire, ont présenté des localisations externes, soit antérieures, soit contemporaines.

Nous avons pu, nous-mêmes, relever 39 cas de tuberculose associée chez l'adulte. Ce chiffre comprend, outre les malades hospitalisés de 1935 à 1937 à la Salpêtrière, ceux qui sont actuellement dans le Service de notre Maître à l'Hôpital Tenon.

Dans ce service seul, sur 268 hospitalisés en 2 mois, se sont trouvés 14 tuberculeux mixtes.

La deuxième partie des statistiques porte sur les tuberculeux mixtes traités dans les Sanatoria ou Etablissements spécialisés. A vrai dire, le nombre de ceux-ci qui acceptent ces malades est relativement restreint. Néanmoins, il est bon de retenir les renseignements fournis par cette étude, ils nous permettront d'insister sur la fréquence de ces formes complexes.

A l'Hôpital maritime de Berck, en l'espace de 5 ans, de 1931 à 1936, sur 1800 entrants pour tuberculose osseuse, 75 sujets furent éliminés plus ou moins rapidement pour complications pulmonaires contre-indiquant la cure héliο-marine.

A Odeillo, sur environ 2.000 tuberculeux osseux traités de 1924 à 1938, on retrouve une cinquantaine de cas d'atteinte pulmonaire.

A Labenne, de 1931 à 1935, sur les 828 osseux hospitalisés, 34 présentèrent secondairement des complications pulmonaires.

Au Sanatorium des Escaldes, enfin, qui est un des rares établissements où l'on soigne spécialement

ce genre de malades, on retrouve le passage de plus de 75 d'entre eux, de 1936 à 1938.

A ces données, il convient d'ajouter celles, plus précises, de certaines statistiques étrangères.

Paltrinieri (Bologne) nous apporte le résultat de ses enquêtes, dans 2 grands Centres de traitement des tuberculoses ostéo-articulaires :

1° sur 583 malades osseux traités à l'Institut Hélio-Thérapique de Codevilla : 128 avaient des antécédents héréditaires de tuberculose, 296 avaient des lésions pleuro-pulmonaires ainsi réparties :

- 116 atteintes pleurales,
- 127 séquelles de lésions pulmonaires,
- 36 formes évolutives dont 16 graves.

Sur 583 malades, 55 sont morts de tuberculose pulmonaire.

2° sur les 264 malades ostéo-articulaires de l'Institut Rizzoli : 199 avaient des lésions pleuro-pulmonaires, dont :

- 89 pleurales,
- 110 pulmonaires, dont plus de la moitié évolutives.

Ces chiffres sont donc essentiellement variables. Ils ne nous permettent nullement une statistique d'ensemble, mais ils nous renseignent du moins sur l'importance qu'il convient d'attacher à cette forme de tuberculose qui, nous le verrons, reste à même de guérir souvent.

II. — FORMES CLINIQUES

A) *Tuberculoses mixtes à précession pulmonaire* (Obs. 1 à 22)

C'est à cette catégorie que nous devons le plus grand nombre d'observations. Sur les 39 que nous avons pu réunir, 22 rentrent dans ce groupe. Ces chiffres semblent en accord avec deux de la plupart des Auteurs. Notre Maître, dans une communication récente, trouvait une fréquence à peu près semblable : 14 cas de précession pulmonaire contre 10 de précession osseuse.

O. Lyon, dans sa thèse, accorde aussi une fréquence plus grande aux cas de précession pulmonaire.

Enfin, dans un travail récent de l'Hôpital Sanatorium de Brévannes, A. Appert-Colin donne 50 % de précessions pulmonaires, 39 % seulement de précessions osseuses.

Ainsi, parmi les tuberculeux mixtes, le plus grand nombre est entré dans la maladie par des accidents pulmonaires.

Si l'on envisage l'âge des sujets ainsi atteints, on reconnaît que la plupart sont des adultes jeunes, le plus souvent âgés de 18 à 30 ans. C'est exceptionnellement que les signes pulmonaires surviennent après la cinquantaine. Il est vrai que ce maximum de fréquence correspond aussi à celui de la tuberculose pulmonaire en général.

Quant à l'apparition des localisations externes, elles se font dans un délai variable.

Il ressort du travail de A. Appert-Colin que, dans plus de trois-quarts des cas, moins de 3 ans se sont écoulés entre l'éclosion des deux sortes de manifestations. Cet auteur insiste même sur un intervalle de six mois maximum.

Or, si nous sommes d'accord pour reconnaître que le laps de temps qui sépare l'apparition des deux ordres de manifestations excède rarement cinq ans, dans la plupart de nos cas, l'intervalle habituel a été de un à deux ans au moins.

Sur les 22 cas envisagés, 5 seulement comportent un intervalle égal ou inférieur à 6 mois ; dans 7 cas, cet intervalle fut de 1 an, de 2 ans dans 3 cas, de 3 ans dans 2 cas, de 4 ans dans 3 cas, dans un seul cas nous avons vu un intervalle de 6 années entre l'apparition de la lésion pulmonaire et celle de la lésion osseuse.

Que convient-il de dire à propos des modalités lésionnelles de l'atteinte pulmonaire ? En réalité, toutes les formes peuvent se voir, depuis la tuberculose uscéro-caséreuse banale, jusqu'aux formes fibreuses peu évolutives ou stabilisées. Il faut reconnaître cependant, la sévérité habituelle de l'atteinte pulmonaire.

On a tenté de classer en plusieurs groupes ces malades, en tenant compte de la date d'apparition des lésions osseuses ; il ne semble pas que l'on soit arrivé ainsi à une systématisation plus exacte. Un fait cependant nous a paru évident : plus l'atteinte osseuse est apparue tardivement et plus la tubercu-

lose pulmonaire a eu une évolutivité plus faible. Il est certain que les chances de rencontrer une forme fibreuse apyrétique sont plus nombreuses quand la lésion pulmonaire évolue déjà depuis plusieurs années.

Quant à la lésion externe associée, elle peut être des plus variables. Sur 22 cas, il s'est agi 12 fois de lésions osseuses, 7 fois de lésions ganglionnaires et 3 fois d'atteintes rénales.

Parmi ces associations, les localisations extra-pulmonaires concernant la peau, les tissus sous-cutanés, les synoviales, les ganglions, sont mieux supportées en général que les localisations osseuses ou viscérales. Parmi celles-ci, il convient encore de distinguer, suivant la gravité de l'atteinte.

Les lésions chirurgicales de peu d'importance ne se comportent le plus souvent qu'en épiphénomène. La gravité étant au contraire au maximum quand la tuberculose intéresse une ou plusieurs articulations. Cela nous amène à parler de l'association à des foyers extra-pulmonaires multiples.

Sur les 22 cas que nous avons fait entrer dans ce groupe, 8 comportent une telle éventualité, alors que nous n'avons trouvé que 12 de ces cas sur la totalité des observations envisagées. C'est dire que l'existence de foyers extra-pulmonaires multiples est presque toujours dans la règle, secondaire à l'atteinte pulmonaire. Les associations peuvent être extrêmement variables, tant dans leur qualité que dans leur nombre. Tantôt il s'agit presque uniquement de petites localisations successives, gommes, spinaventosa, abcès froids thoraciques, etc... Tantôt ce

sont plusieurs grosses localisations, enfin des lésions d'importances diverses peuvent alterner.

Quoiqu'il en soit, dans ces cas, le pronostic est assez souvent régi par le nombre et l'importance des atteintes externes, l'atteinte pulmonaire, première en date, passant au second plan.

Chez plusieurs de nos malades, la lésion pulmonaire semble être devenue peu évolutive dès que sont apparues les localisations externes. L'état pulmonaire est resté stationnaire, ne semblant pas influencé particulièrement par l'éclosion de nouveaux foyers évolutifs. Notre Maître a d'ailleurs publié une observation où la mort fut causée plus « par la quantité que par la qualité des localisations ».

Ceci se trouve confirmé par le cas d'une de nos malades qui fit successivement de 1936 à 1940 : un abcès froid thoracique avec ostéite costale, deux gommes au niveau du cuir chevelu, trois au niveau du thorax, puis apparurent une ostéo-arthrite tibio-tarsienne droite, une tumeur blanche du poignet gauche, enfin, actuellement, se sont fait jour successivement de nombreuses gommes au niveau de presque tous les membres (on a pu en compter une vingtaine). Toutes ces lésions se sont fistulisées plus ou moins rapidement.

Actuellement cachectique, cette malade présente cependant des lésions pulmonaires certes bi-latérales, mais fibreuses.

Comme le rappelait M. Etienne Bernard, à propos d'un cas semblable, on ne peut s'empêcher de supposer « qu'une pareille évolution ne peut surve-

voir que sur un terrain particulier, un terrain dont le substratum biologique et biochimique demeure le même, constamment le même, sans progresser dans l'immunité ».

B) *Tuberculoses mixtes à début concomitant*
(Obs. 23 à 25)

Comme l'ont déjà remarqué certains Auteurs, cette division est peut-être factice, soit que l'une des 2 localisations ait précédé l'autre, mais soit restée muette jusqu'à l'apparition de cette dernière, soit que cette simultanéité d'apparition soit due à une erreur d'interprétation des faits cliniques, une adénite ou une ostéo-arthrite pouvant évoluer à bas bruit à ses débuts.

Il est certain que cette forme est la plus rare, nous n'avons pu en relever que 3 cas sur les 39 envisagés. Cette rareté ressort de l'étude récente de MM. Pierre Bourgeois et Mario Lebel qui ne trouvent que 11 % de ce genre d'associations. Notre Maître n'en a retrouvé que 5 cas sur les 29 qu'il a étudiés.

Nos 3 observations concernent des sujets jeunes de 18, 19, 21 ans. Deux fois il s'est agi d'adénopathies cervicales ayant évolué vers la fistulisation, la troisième fois d'une coxalgie ; ici d'ailleurs une tuberculose rénale unilatérale est survenue secondairement, qui a pu être opérée.

L'évolution pulmonaire s'est faite chaque fois vers la fonte caséuse, souvent rapidement. Une de

nos malades est morte en 16 mois, les deux autres présentent actuellement des lésions excavées, évolutives.

Est-ce à dire que la gravité des tuberculoses mixtes à début concomitant soit plus marquée, comme l'ont avancé certains auteurs ? Il nous est très malaisé de juger par nous-même devant le trop petit nombre d'observations envisagées.

Si nous examinons cependant l'évolution chez nos sujets, on note à première vue qu'elle a paru se faire parallèlement, du moins pendant un certain temps, sans que l'on ait noté d'interaction réciproque. Dans un cas, l'adénopathie a persisté jusqu'à la mort de la malade, sans régresser. Mais dans les deux autres, la lésion extra-pulmonaire coïncidante s'est cicatrisée, laissant évoluer une lésion ulcéro-caséuse pulmonaire classique. Mais alors que chez l'un d'eux, cette atteinte est restée l'unique manifestation bacillaire, chez l'autre, on a vu apparaître, dans un deuxième temps, une localisation rénale qui a pu être traitée chirurgicalement sans que l'état pulmonaire, pourtant sévère, ait été influencé par le shock opératoire.

De nos observations, comme de celles rapportées par différents Auteurs, il apparaît vraisemblable que la particulière gravité de cette modalité de Tuberculoses associées, tient à l'évolution d'emblée grave, souvent même hypertoxique de l'atteinte pulmonaire. Beaucoup de ces malades ont succombé du fait de leur tuberculose pulmonaire, alors que la lésion externe a été, soit régressive, soit stationnaire.

C) *Tuberculoses mixtes à précession
extra-pulmonaire* (Obs. 25 à 39)

L'étude de cette éventualité comporte à vrai dire deux chapitres bien différents, tant dans leur allure clinique que dans leur pronostic.

Aussi, étudierons-nous séparément :

1° Les Tuberculoses pulmonaires ayant succédé à une lésion extra-pulmonaire guérie,

2° Les Tuberculoses pulmonaires ayant évolué parallèlement à une localisation extra-pulmonaire, première en date.

1° *Les Tuberculoses pulmonaires ayant succédé à une lésion extra-pulmonaire guérie.*

Sur 14 cas de Tuberculoses mixtes à précession extra-pulmonaire, 8 de nos Observations rentrent dans ce Groupe. Il convient d'ouvrir une parenthèse à propos de cette modalité clinique, car si, pour certains, elle rentre dans le cadre des Tuberculoses associées proprement dites, pour d'autres, elle devrait en être exclue. A vrai dire, il s'agit moins d'association que de succession, car l'atteinte pulmonaire apparue secondairement, souvent longtemps après l'extinction du processus évolutif externe, évolue d'ordinaire isolément. Mais dans un certain nombre de cas, nous le verrons, une reprise évolutive au niveau du premier foyer, ou l'éclosion d'un nouveau foyer extra-pulmonaire ont pu être constatés, donnant à cette entité un cachet spécial.

Les lésions extra-pulmonaires sont apparues à un âge variable, mais dans la très grande majorité des cas, dans l'enfance ou dans l'adolescence. Une seule fois, la lésion externe est survenue tardivement, à 55 ans. Parmi les différents types de localisations rencontrées, la plupart furent osseuses (7 cas), une seule fois, il s'est agi d'adénopathie cervicale.

Ainsi se fait jour la notion déjà soulevée que la lésion extra-pulmonaire, première en date, est, en général, ostéo-articulaire, intéressant le plus souvent une seule articulation et frappant de préférence un article important.

La lésion pulmonaire est survenue après un intervalle libre variable, mais se chiffrant en général par plusieurs années. A une lésion osseuse, contractée dans l'enfance et guérie, a donc succédé une lésion pulmonaire de l'adulte. L'intervalle habituel de 15 à 20 ans relevé par M. Pierre Bourgeois, s'il nous a paru excéder le délai habituel de plusieurs de nos cas, n'en demeure pas moins fort possible.

Nous avons noté cependant que l'apparition des lésions osseuses chez notre malade de 55 ans n'a précédé que de 2 ans l'éclosion des lésions pulmonaires. Ceci nous donne à penser que la durée de l'intervalle libre varie en proportion inverse de l'âge auquel est survenue la localisation extra-pulmonaire.

Mais dans l'explication de ce fait, il faut certainement tenir compte de la différence essentielle au point de vue immunité entre une lésion externe survenue dans l'enfance et une même lésion se manifestant à l'âge adulte.

On sait, en effet, que suivant la loi de Marfan, « les lésions de scrofules survenues dans l'enfance et guéries avant l'âge de 15 ans, en l'absence de tout nouveau foyer développé à cette date, confèrent dans l'avenir une immunité certaine. »

Les mêmes lésions survenant chez l'adulte, si elles peuvent agir dans certains cas sur les lésions pulmonaires en leur imprimant un cachet évolutif plus faible, sont incapables de conférer l'immunité.

La Loi de Marfan reste vraie dans un très grand nombre de cas et beaucoup de sujets ayant cicatrisé une lésion externe dans l'enfance ne présentent aucune récurrence de tuberculose.

Cependant, l'éclosion d'un foyer pulmonaire secondaire n'est pas une éventualité rare, mais, comme l'avait déjà montré Léon Bernard, l'évolution prend une marche torpide, les lésions empruntant dans la majorité des cas un type fibreux. C'est à ce type de tuberculose que se rattachent presque toutes nos observations, la plupart de nos malades ayant guéri de leur atteinte pulmonaire secondaire.

Un seul cas ne participe pas à cette atténuation, à cette bénignité relative. Il intéresse cependant un sujet de 20 ans, qui, atteint à l'âge de 7 ans de coxalgie, avec abcès, en guérit complètement avant d'avoir atteint sa onzième année.

Nous croyons utile de rappeler ici une notion sur laquelle notre Maître a déjà insisté, celle de la réinfection massive, qui, jointe à certaines conditions d'hygiène défavorables, seraient capables d'ex-

pliquer de tels faits. Ce malade, dont nous relatons par ailleurs l'histoire, est en effet resté tout le temps depuis la guérison de sa coxalgie, en contact avec son père bacillaire.

Parmi les observations que nous avons pu grouper, nous n'avons pu mettre en évidence aucun retentissement de la lésion pulmonaire secondaire sur l'atteinte externe, première en date, nous n'avons constaté au niveau de celle-ci aucune reprise évolutive. Il n'en semble pas moins que cette éventualité est possible, comme l'ont rapporté plusieurs auteurs.

Mais, nous avons constaté deux cas assez curieux chez deux malades, qui, guéris l'un et l'autre de leur atteinte osseuse, ont présenté à l'occasion de leur évolution pulmonaire postérieure, un *lupus* diagnostiqué et traité à Saint-Louis et dont ils ont tous deux très bien guéri en deux ans. Ces manifestations cutanées, rares chez les phtisiques, comme l'ont noté Letulle et Halbron, sont survenues dans les mêmes conditions, chez le même type de malades.

Le pronostic de ce groupe clinique, considéré dans son ensemble, est sans aucun doute, infiniment supérieur à celui de toutes les autres tuberculoses mixtes. En dehors des cas de guérisons totales que nous avons pu relever, même des malades assez sérieusement atteints, ont fait des lésions pulmonaires fibreuses, stabilisées pendant plusieurs années, accompagnées d'un état général floride.

2° *Les Tuberculoses pulmonaires ayant évolué parallèlement à une localisation extra-pulmonaire, première en date.*

Sous cette rubrique, nous comprendrons tous les malades porteurs d'une lésion bacillaire extra-pulmonaire en évolution, chez lesquels s'est déclarée une tuberculose pulmonaire.

C'est la forme clinique connue depuis le plus longtemps, mais elle reste relativement rare. Nous en avons relevé six cas, tous intéressent des sujets jeunes, aux environs de 21 ans.

Les localisations externes sont apparues, soit dans l'adolescence, soit à l'âge adulte et ont été des plus variables, fistules périnéales, adénopathies, ostéo-arthrite, tuberculose rénale. Mais, dans leur ensemble, toutes ces lésions ont eu une évolution rapide vers la suppuration. Le délai entre l'apparition des deux genres de manifestations a été relativement court, de quelques mois à un ou deux ans maximum.

Les lésions pulmonaires se sont établies à bas bruit, dans plusieurs cas elles ont coïncidé avec une reprise évolutive de la lésion chirurgicale. L'évolution pulmonaire a été rapide et extensive dans certains cas, moins graves dans d'autres et il est difficile de systématiser.

Cependant, nous croyons qu'il faille considérer deux sortes d'éventualités différentes : chez certains malades, les lésions pulmonaires se sont comportées comme une complication grave, terminale, d'une tuberculose externe sévère. C'est le cas notamment de deux de nos sujets atteints, l'un d'une tumeur

blanche de l'articulation tibio-tarsienne fistulisée, ayant nécessité l'amputation, l'autre d'une tuberculose rénale bi-latérale. L'évolution mortelle est alors la règle et se poursuit rapidement après l'apparition des signes pulmonaires. Dans ce groupe rentrent de nombreux malades traités à Berck, tardivement, pour des lésions osseuses fistulisées et qui meurent lors d'une poussée pulmonaire terminale.

Chez d'autres, les manifestations pulmonaires viennent se greffer sur l'évolution d'une localisation externe. La marche évolutive est alors variable, parallèle pendant un temps, puis l'une ou l'autre des localisations se cicatrisent et l'on est en présence d'une atteinte isolée, ou bien la lésion la plus grave entraîne la mort qui peut survenir au milieu de phénomènes pulmonaires ou par cachexie avec amylose.

III. — PRONOSTIC CHEZ L'ADULTE

La gravité d'ensemble des tuberculose mixtes de l'adulte reste très difficile à apprécier car en réalité chaque cas est différent et mériterait une analyse particulière.

Nous avons repris récemment l'étude de 39 observations et nous observons les faits suivants : il y a eu 14 décès et 4 états très graves. Ce qui fait 46 % de forme mortelle.

Dans ce lot, nous avons observé 22 cas de précession pulmonaire, parmi lesquels il y a eu 12 décès, soit 55 %, et 14 cas où les localisations externes

ont été les premières en date. Nous n'avons observé que 5 décès, soit 35 %.

Nous avons poursuivi notre enquête dans d'autres services que celui de M. Etienne Bernard (1).

Dans le service du Professeur Troisier, nous avons retrouvé 16 cas de formes associées, observées dans ces dernières années. Sur ces 16 malades, 6 sont décédés à l'hôpital, 3 ont quitté le service dans un état très grave, ce qui donne une mortalité globale de 56 %.

Parmi ces sujets, 11 étaient des cas de précession pulmonaire, parmi ceux-ci 7 sont décédés, soit 63 %, 6 étaient des cas à précession de lésion externe, parmi eux 5 sont actuellement en bon état et sont suivis au dispensaire Léon Bourgeois.

Nous avons pu effectuer une recherche comparable dans le service de M. Jacob, à l'Hôpital Saint-Antoine, et réunir ainsi 27 observations de tuberculose mixte ayant été traitée entre 1935 et 1939. Sur ces 27 sujets, 12 sont décédés, 1 est rentré chez lui *in extremis*, ce qui donne une mortalité de 48 %.

Les 27 cas envisagés se divisaient ainsi : 11 cas à précession pulmonaire, 14 à précession externe, 3 fois seulement les lésions pulmonaires et locales débutèrent en même temps. Il y eut 5 décès dans le premier groupe, soit 45 %, 4 seulement dans le deuxième, soit 28 %, alors que dans tous les cas à

(1) Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le Professeur Troisier et M. le Docteur Jacob, qui nous ont si aimablement ouvert leur service, afin de nous permettre de poursuivre notre enquête.

début concomitant la mort survint dans un délai inférieur à 1 an.

Ainsi, en analysant les différentes modalités évolutives, on peut envisager différemment le pronostic. La chronologie d'apparition chez l'adulte influe certainement sur celui-ci. Quand la tuberculose pulmonaire est première en date, ou quand elle coïncide avec l'apparition des lésions extra-pulmonaires, la sévérité du pronostic semble plus grande que lorsque l'atteinte pulmonaire a succédé à la lésion externe, surtout si celle-ci était cicatrisée.

Les faits que nous avons rapportés confirment donc les résultats que notre Maître observait dans son service de la Salpêtrière, dès 1936, quand il écrivait : « L'analyse de chaque cas permet de souligner les faits suivants :

« 1° quand la tuberculose extra-pulmonaire a précédé cliniquement la tuberculose pulmonaire, la mort est survenue dans 40 % des cas de cette catégorie,

« 2° quand la tuberculose extra-pulmonaire a succédé cliniquement à la tuberculose pulmonaire, la mort est survenue dans 75 % des cas de cette catégorie. »

Ainsi, nous pouvons conclure dans les termes mêmes qu'employait notre Maître : « à une plus grande gravité l'évolution générale quand, chez un tuberculeux atteint à la fois de lésion pulmonaire et extra-pulmonaire, la localisation extra-pulmonaire a été cliniquement la dernière en date, et au contraire

à une plus faible gravité d'évolution quand cette dernière localisation a précédé l'atteinte du poumon ».

Nous désirons mettre encore l'accent sur les points suivants : dans certains cas, les sujets présentent en même temps une tuberculose pulmonaire et de multiples foyers externes. Parmi ceux-ci, la plupart sont de petites localisations, gommes sous-cutanées, synovites articulaires, ostéites limitées ; dans plusieurs de ces cas, l'évolution pulmonaire a semblé stationnaire, très souvent même a pris un type fibreux dès l'éclosion des manifestations disséminées, et ceci d'autant plus que ces localisations étaient d'importance moindre.

Au contraire, de grosses atteintes ostéo-articulaires fistulisées, diminuent la résistance de l'organisme et favorisent sans nul doute l'aggravation des lésions du poumon.

Enfin, conséquence indirecte de la multiplicité des localisations, il nous a paru que l'existence d'une lésion pulmonaire pouvait aggraver le pronostic d'une lésion chirurgicale, en contre-indiquant certains traitements comme une intervention sanglante ou une cure hélio-marine. De même, certaines localisations, par exemple coxalgie ou mal de Pott, en faisant des malades des grabataires, diminuent, notamment en milieu hospitalier, la résistance générale des sujets.

Si, maintenant, on compare l'évolution des tuberculoses mixtes chez l'enfant et chez l'adulte, nous devons signaler une fois de plus l'importance de la notion d'âge. Le pronostic des tuberculoses mixtes

de l'enfant est bien meilleur dans son ensemble que chez l'adulte. Ceci peut tenir à deux faits différents : d'une part chez l'enfant les lésions externes apparaissent en général dans un délai assez rapproché de la primo-infection qui constitue dans beaucoup de cas l'élément pulmonaire associé et l'on connaît la fréquence de ces habitudes régressives, d'autre part, les lésions extra-pulmonaires, osseuses notamment, réagissent beaucoup plus rapidement et plus favorablement au traitement que chez l'adulte.

CHAPITRE III

INTERPRÉTATIONS ET THÉORIES

Dans ce chapitre, nous énoncerons d'abord brièvement les théories de différents Auteurs qui nous ont paru avoir une importance certaine pour la compréhension des Tuberculoses mixtes.

Le Professeur Marfan, le premier, en 1886, avait observé un phénomène très intéressant relatif à l'avenir des sujets ayant présenté dans l'enfance une tuberculose bénigne. Dans les Archives Générales de la Médecine, il pouvait écrire « On ne constate pratiquement jamais de tuberculose pulmonaire évidente en évolution chez des sujets qui, dans l'enfance, eurent des écrouelles ou un lupus et qui en ont guéri avant l'âge de 15 ans, sans que soit apparu à cette date un autre foyer de tuberculose. »

En 1921, le Professeur Marfan ajoutait aux termes de sa loi, comme ayant un pouvoir immunisant, toutes les manifestations de la scrofule (adénopathie, lupus, tumeur blanche, gommès, carie osseuse), à condition que leur guérison absolue ait été constatée avant 15 ans.

D'autres Auteurs, Triboulet, Léon Bernard, et Masselot, concluent dans les mêmes termes : « L'ob-

servation de Marfan peut être généralisée à la plupart des tuberculoses chirurgicales et aux lupus. »

En 1924, MM. Bezançon et Philibert soulevaient à propos de l'allergie tuberculinique, une explication des faits légèrement différente : « L'observation indiscutable de Marfan doit-elle être considérée comme une preuve qu'une infection première, guérie, détermine une immunité pour l'avenir ? Nous ne le croyons pas, la tuberculose a une tendance très nette à la systématisation, quand elle se localise sur les os, les articulations, les reins, elle a relativement peu de tendance à se localiser sur le poumon.

« La clinique ne donne donc pas la preuve qu'une première manifestation a entraîné un certain degré d'immunité. »

Cette systématisation de la tuberculose, dans ses localisations, a été reprise sur une échelle différente par Jacquerod de Leysin. Cet auteur insiste à nouveau sur un fait curieux de la tuberculose humaine, à savoir : la différenciation le plus souvent tranchée, qui existe entre la tuberculose dite chirurgicale, et la tuberculose pulmonaire.

Il voit dans cette constatation d'ordre clinique, l'illustration d'une différence histologique entre ces deux formes de tuberculose.

Il existerait, d'une part, une tuberculose se développant de façon élective sur le feuillet ectodermique du blastoderme, responsable des tuberculoses pulmonaires pures évolutives, et une tuberculose évoluant au sein du feuillet mésodermique du blastoderme qui donne naissance aux formes localisées d'ordre chirurgical.

Jacqueroed ne nie pas cependant la réalité des tuberculoses mixtes ; mais il constate, à l'appui de sa théorie, que les manifestations pulmonaires pures intéressent essentiellement l'élément épithélial du parenchyme, alors que les formes mixtes intéressent, outre la lésion locale, les éléments d'origine mésodermique, plèvre ou trame pulmonaire.

Telles sont quelques-unes des données théoriques, qui ont été émises sur ce problème complexe.

En clinique, il est exact que chez les phthisiques à évolution commune ulcéro-caséeuse, on retrouve en très faible proportion des sujets ayant des cicatrices d'écrouelles, mais, on rencontre en échange, des tuberculoses à évolution fibreuse chez des individus ayant fait et guéri, dans l'enfance, une localisation ganglionnaire ou métastatique bénigne.

Depuis que nous avons la notion du B.C.G., nous n'avons pas à être étonné qu'un sujet qui a acquis son allergie avec un minimum de dégâts anatomiques et en particulier, une absence totale de désordres pulmonaires, se trouve dans des conditions heureuses pour supporter des réinfections exogènes. Est-ce à dire que si le sujet subit des surinfections massives ou s'il doit se trouver dans des conditions de fatigue et d'hygiène qui altèrent son état général, il soit capable de trouver dans cette allergie une défense à tout coup certaine, nous ne le pensons pas, pas plus pour le B.C.G. que pour les tuberculoses bénignes dont parlait Marfan. Nous pensons que la Loi qu'a énoncée cet Auteur est exacte pour un très grand nombre de faits mais qu'il existe des excep-

tions qui trouvent souvent leur explication dans ces deux ordres de cause : *contamination importante, défaillance organique*.

Par ailleurs, dans les termes mêmes de la loi de Marfan, sont écrits ces mots : « sans que soit apparu à cette date un autre foyer de tuberculose ». Or, au moment où écrivait le Professeur Marfan, les examens radiologiques n'existaient pas, et il est vraisemblable, que parmi les sujets dont l'histoire fait échec à la loi de cet auteur, il doit y en avoir qui ont présenté une atteinte pulmonaire inapparente à la percussion et à l'auscultation, mais réelle néanmoins, et qui sera pour l'avenir le point de départ de réinfections.

A vrai dire, l'étude que nous avons faite des tuberculoses mixtes concerne des sujets qui ne rentrent pas pour la plupart dans le cadre bien précisé par le Professeur Marfan, puisque, justement, cet Auteur évoque des cas non-associés, mais parfaitement dissociés, ne comprenant que des sujets qui font une tuberculose externe et qui en ont guéri avant qu'une tuberculose pulmonaire ne fasse son apparition. Et comme l'a bien spécifié le Professeur Marfan, une tuberculose externe qui apparaît chez l'adulte n'a pas de pouvoir prémunisant ou l'a à un très faible degré. Ce faible degré peut être retrouvé jusqu'à un certain point quand nous voyons dans la Statistique récente de M. Etienne Bernard, que d'une façon générale le pronostic des formes associées est relativement moins sévère lorsque la manifestation extra-pulmonaire est la première en date. Nous avons pu constater, dans les diverses Observa-

tions que nous avons rapportées, le bien-fondé de cette éventualité.

En relisant les Observations que nous avons présentées chez l'enfant, nous constatons que les différentes manifestations extra-pulmonaires sont apparues dans un délai variant entre quelques mois et deux ans environ, après l'infestation tuberculeuse de l'organisme (apparition d'une cuti-positive). Rappelons ici l'observation de l'enfant Bre... (obs. n° 7). On découvre chez elles des signes qui font penser à une primo-infection cliniquement apparente au point de vue pulmonaire : spléno-pneumonie. Dans la suite, nous voyons apparaître tour à tour une kératite phlycténulaire double, une micro-polyadénopathie généralisée, une ostéite orbito-malaire avec abcès froid, une adénopathie cervicale fistulisée, et nous pouvons remarquer que lorsque s'est écoulé un délai de deux ans après l'apparition de la spléno-pneumonie, que nous considérons comme le fait tuberculeux initial, aucune autre localisation n'est survenue.

Rappelons que Wallgren et Lundblöm, dans un article paru ces dernières années, notaient que les localisations extra-pulmonaires surviennent dans plus de la moitié des cas, durant la première année de la primo-infection, que les trois-quarts des cas se manifestent avant la fin de la deuxième année, et que les cas survenant, passé la troisième année, sont absolument exceptionnels.

L'enquête pratiquée par M. Etienne Bernard et ses collaborateurs dans son Service de la Salpêtrière, ainsi que les observations que nous avons pu recueil-

lir, semblent confirmer la notion que Wallgren et Lundblöm avaient avancée, à savoir que le nombre de tuberculoses extra-pulmonaires apparaissant chez l'enfant plus de 3 ans après la primo-infection pulmonaire est très restreint.

De tels faits cadrent jusqu'à un certain point avec la théorie de Ranke.

Nous rappelons que, pour cet Auteur, après une phase primaire caractérisée par le chancre d'inoculation, sa tendance régressive et l'apparition d'une allergie que l'Auteur qualifie de sclérosante, survient une deuxième phase, dite de généralisation bacillaire avec dissémination lésionnelle où le germe diffuse dans l'organisme en même temps que se produit une hyper-sensibilité tuberculinique. Cette phase, suivant l'Auteur, aurait une durée d'environ 18 mois à 2 ans. A ce stade, ferait suite la dernière période, dite de phtisie localisée avec allergie décroissante ou immunité histologique correspondant à la phase de tuberculose pulmonaire avérée avec ses cavernes et ses différents modes évolutifs.

Dans le cadre de cette théorie, le cas de Denise Bre... (obs. N° 7) et d'un certain nombre comparables, occupent donc bien le stade 2 qui fixe pour l'apparition des localisations extra-pulmonaires un délai de 2 ans environ après la primo-manifestation pulmonaire.

Mais, il est infiniment plus difficile d'interpréter à la lumière de cette théorie les faits que l'on observe chez l'adulte. Sans doute, dans certaines observations, mais c'est là l'exception, on peut voir des faits qui, jusqu'à un certain point, se rapprochent

de ceux que l'on observe chez l'enfant. C'est ainsi que dans l'observation n° 20 de Mont... Olga, nous voyons chez une femme jeune, survenir une phase de dissémination (aspect miliaire généralisé aux deux poumons) et peu de temps après une localisation ostéo-articulaire, tumeur blanche de l'épaule gauche. Puis, au bout de 2 ans, l'aspect miliaire a disparu et a cédé la place à une localisation ulcéreuse. A ce moment, selon la théorie de Ranke, la malade serait entrée dans le 3° stade d'immunité tissulaire où la lésion localisée prend une évolution chronique.

Mais, dans la majorité des cas, les faits que nous observons sont les suivants : chez un malade atteint de tuberculose ulcéro-fibreuse à évolution chronique, nous voyons survenir une et souvent plusieurs localisations extra-pulmonaires. Dès lors, comme l'a dit M. Etienne Bernard : « Comment ranger, en effet, de tels cas dans le cadre des stades de Ranke ? Appartiennent-ils au stade 2, stade où, pour cet Auteur, les bacilles véhiculés par le torrent sanguin se répandent dans l'organisme et se fixent dans certains organes ou dans tous les organes à la fois, provoquant des lésions locales ou généralisées ou à caractère spécial ? Mais ce stade ne comporte point les lésions de phtisie telles que nous les avons observées chez nos malades. Ces lésions relèvent du stade 3, mais à ce stade, il ne se produit plus de métastase sanguine, les bacilles n'ont plus tendance à se localiser dans les organes pour produire de nouvelles lésions. » C'est assez dire, comme l'a écrit Jacquero-d, que dans un grand nombre de cas on ne peut définir à quel stade nous nous trouvons. Ainsi, tout

en constatant ce que cette théorie peut avoir d'ingénieux et même de clairvoyant pour beaucoup de faits que nous voyons évoluer chez l'enfant, il faut reconnaître qu'elle se heurte, chez l'adulte, à des réalités cliniques où elle ne retrouve plus sa justification.

Dès lors, comment expliquer l'opposition qu'il y a entre un grand nombre de sujets qui ne font jamais qu'une tuberculose pulmonaire sans aucune localisation externe, et ceux qui, au contraire, soit d'une façon contemporaine, soit dans un délai variable, ont à subir une tuberculose pulmonaire et une ou plusieurs localisations extra-pulmonaires. Doit-on admettre que du foyer initial les bacilles subissent, à un moment donné, une migration, donnant lieu à ces métastases évolutives ? Doit-on admettre au contraire, que ces localisations externes sont dues à l'exaltation (sous l'effet d'une déchéance de l'organisme due justement à l'évolutivité de la lésion pulmonaire) de germes qui ont été distribués dans l'organisme au moment de la période de diffusion qui a suivi, comme le suppose Ranke, la période du complexe primaire ? Ces bacilles étant restés fixés un long temps en certains points, sans donner lieu à une extériorisation caractérisée.

Il nous est impossible de trancher, nous ne pouvons que soulever la question.

Ce que nous pouvons constater c'est que l'existence (et même la fréquence relative) des tuberculoses mixtes ne nous autorise à concevoir ni l'existence d'une dualité de germe, ni l'existence d'une

virulence particulière aboutissant à des localisations multiples.

Mais ce que nous désirons rappeler, c'est que la multiplicité des localisations de la tuberculose est une notion expérimentale et clinique qui se retrouve dans les occasions suivantes : La tuberculose expérimentale du cobaye, type Villemin. Les cas de pénétration massive de germes (rappelons ici l'histoire malheureuse des enfants de Lübeck chez qui on put observer des localisations multiples, souvent innombrables). Chez certains individus particulièrement sensibles au bacille de Koch, en particulier les Noirs, et comme dans certaines observations rapportées par notre Maître, les Bretons.

De ces notions, nous pouvons retenir que ces localisations multiples apparaissent soit dans les organismes animaux ou humains très sensibles à la tuberculose, soit lors de contamination massive.

Sans être autorisé à généraliser ces notions dans le domaine de la clinique, nous ne pouvons pas ne pas les rappeler. Nous ne pouvons pas non plus, ne pas souligner combien l'interprétation des faits est plus difficile chez l'adulte que chez l'enfant, mais nous savons que dans le domaine des réinfections exogènes, bien des points encore restent inexplicables. Rappelons, en particulier, que différents Auteurs se sont demandé si le fait de voir apparaître, chez un adulte, une tuberculose pulmonaire qui se généralise au système ganglionnaire, ne serait pas dû à ce que ce sujet, jadis allergique, serait devenu par suite de la guérison totale (Ameuille) de son initiale lo-

calisation, quasi-vierge à nouveau (Troisier) à l'égard du bacille de Koch.

Nous ne pouvons que soulever ces problèmes d'un intérêt passionnant.. Nous sommes sûr qu'ils s'éclaireront peu à peu, à la lumière de travaux nouveaux et nous n'avons d'autre prétention que de présenter le problème dans sa complexité comme dans son intérêt.

CHAPITRE IV

THERAPEUTIQUE

Pour difficile qu'il soit de porter un pronostic d'ensemble des tuberculoses associées, il n'en faut pas moins épuiser à leur endroit toutes les ressources actuelles de l'armement anti-tuberculeux.

Nous considérons comme erronée l'attitude de réserve et d'expectative qu'on a pu avoir autrefois à leur égard tant dans le traitement local que dans la thérapeutique climatique.

Certes, il existe des cas où l'association d'une tuberculose chirurgicale et d'une tuberculose pulmonaire semble avoir marqué une aggravation du pronostic général, mais même alors, celles-ci sont restées le plus souvent curables.

Les moyens thérapeutiques dont nous disposons doivent s'adresser, pour être efficaces, aux trois données du problème que comporte dans son existence la tuberculose mixte. Aussi, étudierons-nous successivement :

- 1° Le traitement des lésions pulmonaires,
- 2° Le traitement des lésions externes,
- 3° Des différents moyens susceptibles d'améliorer le

terrain et la résistance des sujets vis-à-vis de l'infection bacillaire.

1° Traitement des lésions pulmonaires

Nous avons conclu antérieurement que quelles que soient les lésions pulmonaires présentes, elles demeurent ni plus ni moins curables que si elles étaient pures. Aussi, les indications thérapeutiques restent sensiblement les mêmes que celles de la phthisiologie courante et cela chez l'enfant comme chez l'adulte.

Si certains praticiens ont cru autrefois devoir rejeter toute tentative de pneumothorax artificiel chez des malades atteints par ailleurs de lésions extra-pulmonaires, nous croyons, au contraire, que le pneumothorax thérapeutique est indiqué chaque fois que le permettra l'état des lésions pulmonaires. Celles-ci doivent régler seules ces modalités d'application.

C'est une intervention précieuse, car en enrayant l'évolution au niveau du parenchyme pulmonaire, elle contribue à améliorer l'état général et à accroître la résistance individuelle au processus d'infection bacillaire.

Plusieurs de nos observations concernent des sujets ainsi traités, par collapsothérapie artificielle. Ce moyen s'est montré chaque fois qu'il a pu agir efficacement sur la lésion pulmonaire, un adjuvant capital du pronostic. Ce procédé ne nous a jamais paru avoir de retentissement défavorable sur la lésion externe.

Mais, si le pneumothorax demeure indiqué chaque fois qu'il est possible, il n'en est pas de même de certaines méthodes substitutives infiniment plus sérieuses, telles que : pneumothorax extra-pleural ou thoracoplastie. Il s'agit là de véritables interventions chirurgicales qui seront plus ou moins bien supportées, et que rendent souvent impossibles une évolution marquée du processus pulmonaire, un état général déficient. Aussi, l'application de ces méthodes n'intéresse-t-elle que des cas isolés et conservent même dans les meilleures conditions un potentiel certain de gravité.

2° *Traitement des lésions externes*

C'est sans aucun doute le côté délicat du problème thérapeutique. Nous avons vu en effet, que l'association de phénomènes pulmonaires entrave certains des procédés utilisés, à savoir :

cure hélio-marine,
intervention chirurgicale.

Cependant, il convient, ici plus qu'ailleurs, de connaître toutes les possibilités offertes et de ne pas repousser systématiquement une de ces deux méthodes sous prétexte qu'elles sont, a priori, néfastes dans les cas d'associations lésionnelles.

Il est classique d'éviter le climat marin aux tuberculeux respiratoires et cependant, l'école de Berck semble apporter à cette opinion courante certaines restrictions. Ils exceptent en effet, les formes pleurales à condition que toute participation pulmonaire

soit exclue, ainsi que les tuberculoses pulmonaires anciennes bien cicatrisées.

D'ailleurs, si le climat marin du Nord et de la Manche est effectivement mal toléré par les tuberculeux pulmonaires, il n'en est peut-être pas de même de certains climats adoucis tel que le climat méditerranéen.

Il y a lieu de se montrer circonspect avant de refuser toute possibilité de cure climatique autre que l'altitude.

Notre Maître a rapporté deux cas où il a eu recours avec succès à l'actinothérapie et l'un de ces cas a bénéficié secondairement de cette thérapeutique puisque l'on a assisté à la régression presque totale des symptômes pulmonaires.

Certaines lésions pulmonaires fibreuses de l'adulte stabilisées, mais non hémoptoïques, ne sont pas nécessairement une contre-indication à la cure hélio-marine en climat adouci, tel que le climat méditerranéen, surtout quand la lésion extra-pulmonaire doit en tirer un bénéfice considérable.

Il en est de même de certaines primo-infections régressives de l'enfant, associées à des lésions osseuses.

Mais une plus grande prudence est de mise et la surveillance sera particulièrement serrée car l'atteinte pulmonaire est fragile devant les erreurs climatiques.

Il est pareillement délicat de trancher la question des interventions sanglantes chez les tuberculeux mixtes.

Dans un exposé récent, Pierre Bourgeois et Ma-

rio Lebel ont insisté sur la gravité incontestable des interventions chirurgicales sanglantes chez les tuberculeux mixtes. M. Rist demeure nettement plus interventionniste, ne redoutant dans ces cas que l'anesthésie générale.

Il paraît indubitable qu'en s'attaquant à un foyer localisé important on peut assister à l'amélioration des autres foyers, même pulmonaires. Un exemple en a été donné par M. Jacob, qui, chez un sujet porteur de tuberculose pulmonaire excavée et de tuberculose rénale, a vu régresser les lésions pulmonaires après l'ablation du rein malade. Il faut en rapprocher une observation similaire de Winterstein.

Récemment, le Professeur Lenormant a montré que les interventions chirurgicales pratiquées ainsi chez 11 tuberculeux mixtes, pulmonaires et ostéo-articulaires, avaient donné « des résultats encourageants, tant du point de vue médical que social, à condition que l'opération reste proportionnée à la résistance du malade ».

Aussi, convient-il de ne pas refuser toute intervention chez les tuberculeux mixtes, surtout si la lésion externe doit en bénéficier grandement.

C'est ainsi qu'on aura intérêt à intervenir rapidement pour supprimer un rein tuberculeux ou un gros foyer de suppuration ostéo-articulaire, en profitant si possible d'une amélioration momentanée de l'état pulmonaire. On aura soin de rejeter toute anesthésie par inhalation, il va de soi que la préparation du malade a une importance égale aux soins post-opératoires.

En agissant ainsi, non seulement on ne court

pas au devant d'une aggravation de l'état pulmonaire, mais encore on aura parfois la surprise d'assister à son amélioration.

Par contre, nous sommes d'accord avec certains auteurs qui estiment que les interventions de consolidation (greffe et résection) ou de correction (ostéotomies) peuvent et doivent attendre. On a intérêt à pratiquer de telles opérations en période éloignée de tout processus évolutif, sur des sujets résistants apyrétiques.

Ceci posé, les lésions extra-pulmonaires devront toujours faire l'objet d'un traitement orthopédique qui sera conduit avec les mêmes soins que dans les cas d'atteinte isolée.

3° *Les différents moyens susceptibles d'améliorer le terrain et la résistance des sujets vis-à-vis de l'infection bacillaire*

Dans cette modalité spéciale de la tuberculose, le terrain acquiert une importance primordiale. Chez ces malades doublement touchés il faut renforcer la résistance individuelle par tous les moyens actuellement possibles.

Certaines thérapeutiques classiques sont couramment employées ; parmi ces adjuvants citons les sels de calcium, l'antigène méthylique, etc...

L'aurothérapie, qui eut ses partisans, est tombée en disgrâce. Il est cependant des cas où, en présence de lésions superficielles, cette méthode, si elle est bien supportée, peut rendre des services.

Mais dans les formes complexes où l'existence

de manifestations pulmonaires évolutives oblige souvent à des temporisations prolongées dans le traitement de la lésion chirurgicale, la cure climatique est l'arme essentielle, l'unique ressource de valeur que nous ayons à notre portée.

Nous avons vu les réserves qu'il convient d'apporter avant de refuser la possibilité d'une cure héliomarine, nous avons souhaité que chaque cas soit analysé plus complètement, certains pouvant bénéficier d'un tel séjour. Il faut avouer, néanmoins, que l'existence fréquente de lésions évolutives au niveau du parenchyme pulmonaire est une contre-indication absolue au climat marin.

Mais la tuberculose extra-pulmonaire trouve encore à la montagne un climat sinon idéal, du moins très favorable. Ainsi les tuberculeux mixtes profiteront d'un séjour en haute montagne, ou s'ils ne la supportent pas, en plaine ou en moyenne altitude.

Ceci nous a amené à étudier succinctement les différentes possibilités que nous offre, pour cette catégorie de malades, l'armement anti-tuberculeux.

Nous avons, avec l'aide du service social à l'Hôpital, fait le tour des différents Sanatoria vers lesquels nous pouvons diriger ces formes complexes et nous en avons conclu, malgré les progrès réalisés ces dernières années, au nombre encore trop restreint qui leur sont ouverts.

Pour les enfants, seuls deux établissements consentent à recevoir les tuberculeux mixtes : Odeillo d'une part, le Sanatorium des Neiges, à Briançon, d'autre part. Encore certaines conditions sont-elles exigées dans le premier (lésion pulmonaire non évo-

lutive, expectoration non bacillifère), et le second ne dispose que d'une place limitée pour ce genre de malades.

Les adultes ont à leur disposition, en principe, un nombre de sanatoria plus important, trois sont destinés aux femmes :

Les Escaldes,
Port-Neuf,
L'Hay-les-Roses,

Quatre sont réservés aux hommes :

Larressore,
Port-Neuf,
Gorbio,
Labenne.

En fait, la plupart de ces établissements n'acceptent qu'un petit nombre de mixtes, ou bien leur aménagement et leur équipement sont insuffisants pour des cures d'immobilisation. Seul, le Sanatorium des Escaldes se reconnaît apte à traiter toutes les formes de tuberculoses associées. Les difficultés que l'on rencontre tiennent, en grande partie, à ce que presque tous ces Etablissements n'étaient pas destinés, au départ, aux soins spéciaux qu'exigent ces malades.

Il n'existe en France, à l'heure actuelle, aucune Organisation, aucun grand Centre comparable à Leysin où le traitement des Tuberculoses associées est à l'ordre du jour.

A l'heure actuelle, il faudrait combler la lacune qui existe dans l'armement antituberculeux français

en créant en climat d'altitude, un organisme uniquement destiné aux tuberculeux mixtes.

Les difficultés que l'on éprouve dans le placement des tuberculeux mixtes sont à la base de l'habitude prise par certains médecins de considérer ces cas comme pratiquement au-dessus des ressources thérapeutiques. Un trop grand nombre de ces formes complexes végètent pendant des mois dans les Services Hospitaliers actifs ou dans ceux dits de désencombrement. Ou bien sont l'objet d'une demi-mesure telle que le placement dans les Hopitaux-Sanatoria suburbains, tels que Brévannes, Bicêtre, etc...

De notre étude, d'ailleurs fort incomplète, il ressort cependant que beaucoup de ces malades sont curables, surtout parmi les enfants, à condition toutefois d'être traités précocement et d'être l'objet, sans relâche, de soins actifs.

Observations de Tuberculose mixte chez l'adulte

OBSERVATION N° 1. — Meu... Marie : 38 ans.

Le début des signes pulmonaires s'est fait au mois d'août 1930 par une hémoptysie. On diagnostique une *tuberculose ulcéro-caséeuse gauche*. Traitement par les sels d'or, stabilisation des lésions. Deux grossesses consécutives en 1930 et 1931. En octobre 1931, apparition de douleurs lombaires, mais ce n'est qu'en 1933 que les clichés confirment l'existence d'un *mal de Pott* dorso-lombaire. En juin 1933, abcès froid iliaque gauche, spontanément régressif en 1 an. En juillet 1933 : *synovite riziforme* de la gaine de l'index gauche. En mai 1935, *spina ventosa* vite fistulisé du deuxième métatarsien droit. En juin 1935, flambée pulmonaire avec bilatéralisation des lésions amenant le décès de la malade le 17 août 1936.

OBSERVATION N° 2. — Tho... Marie : 42 ans.

Hémoptysie initiale en décembre 1934, la radio décèle l'existence d'une *caverne apicale gauche*. Tentatives vaines de collapsothérapie en février 1935. Hospitalisation. Pendant son séjour à l'hôpital, apparaît une *volumineuse adénopathie cervicale gauche* qui se fistulise et se cicatrise en 6 mois. Les lésions pulmonaires restent stationnaires jusqu'en février 1938. A cette époque, rapide dissémination bronchopneumonique, et la malade meurt en août 1938.

OBSERVATION N° 3. — Gr... Jeanne : 28 ans.

En septembre 1934 se font jour des signes d'imprégnation bacillaire ; et la malade est hospitalisée à Bicêtre au mois

de novembre pour des *lésions diffuses siégeant à droite*, avec bacilloscopie positive. En décembre, apparaît une *adénite axillaire droite* qui se ramollit sans se fistuliser et disparaît en un an. L'atteinte pulmonaire qui paraissait stabilisée se réveille à nouveau en Mai 1936. Rapidement se creuse une *volumineuse caverne apicale droite*. L'institution d'un pneumothorax thérapeutique n'enraye pas l'évolution fatale à brève échéance.

OBSERVATION N° 4. — Beau... Marie : 46 ans.

Début de la tuberculose pulmonaire en 1928. En novembre 1930, une collapsothérapie artificielle est instituée pour *infiltration excavée de l'apex droit*. Séjour sanatorial de 6 mois. Le pneumothorax est abandonné en septembre 1931 à la suite de complications pleurales. En juin 1932 : apparition d'un *abcès froid* au niveau de la pointe de l'omoplate droite. Régression spontanée en quelques mois. Hémoptysie en 1934. En 1935, on diagnostique un mal de Pott lombaire (L2-L3) traité par immobilisation puis greffe d'Albee. Guérison. En janvier 1938, brusque aggravation de l'état pulmonaire, aspect micro-nodulaire bilatéral. La malade est décédée en janvier 1939.

OBSERVATION N° 5. — Sab... Madeleine : 28 ans.

En juin 1933 ; tuberculose pleuro-péritonéale. Séjour d'un an au sanatorium. En juillet 1934, on constate l'existence de *lésions pulmonaires excavées du côté droit* et on institue un pneumothorax thérapeutique.

En octobre 1934, apparaît un *abcès froid sacré* (S2-S3) rapidement fistulisé et un *spina ventosa* du premier métatarsien gauche. Puis successivement on assiste à l'éclosion :

En décembre 1934 d'une *tumeur blanche du poignet droit* et d'un *abcès froid du métacarpe gauche* ; en février 1935 d'une *tumeur blanche du coude gauche*, au mois de mai d'une *ostéite du maxillaire supérieur*, en juillet d'une

tumeur blanche du coude droit, en novembre d'une *tumeur blanche du poignet gauche* ; au mois de mai 1936 d'une *tumeur blanche du cou-de-pied droit*. Enfin, en octobre 1936 simultanément apparurent une *tumeur blanche du poignet droit et du genou gauche*. L'état pulmonaire est resté stationnaire pendant toute l'évolution de ces tuberculoses locales, qui ont entraîné la mort dans la cachexie au mois de décembre 1936.

OBSERVATION N° 6. — Fab... Marie : 35 ans.

En février 1934, à l'hôpital Laënnec, on découvre chez cette malade une *tuberculose bilatérale excavée* du côté droit. On institue un traitement par les sels d'or. Après 6 mois, apparaissent des *adénopathies axillaires et cervicales* droites rapidement fistulisées. En février 1935, la malade est hospitalisée à la Salpêtrière, les lésions pulmonaires diffuses ont progressé et la malade est décédée dans notre service le 15 juin 1935.

OBSERVATION N° 7. — Gui... Alphonsine : 22 ans.

En 1929, *pleurésie gauche*. En janvier 1933, apparition d'un *abcès froid avec ostéite sternale fistulisée* au mois de mars, opérée (grattage d'os) en juillet 1933. Elle reprend son travail en 1934, fait une hémoptysie abondante le 26 mai 1935. Une radiographie montre un petit infiltrat sous-claviculaire droit. Séjour de un an au sanatorium de Bligny. Guérison clinique et radiologique qui s'est maintenue jusqu'en 1940.

OBSERVATION N° 8. — For... Fernande : 37 ans.

En 1928, *pleurésie droite*. Au mois d'août 1932, lors d'un examen systématique on découvre une *infiltration dense apicale gauche*. La collapsothérapie s'avère impossible et on en est réduit à l'aurothérapie. Phrénicectomie gauche en

1933. Amélioration de l'état pulmonaire. En janvier 1934, on diagnostique une tuberculose rénale gauche opérée par néphrectomie (persistance d'une fistule).

Nouvelle poussée évolutive pulmonaire en septembre 1934. Rapidement, se constitue un évidement du sommet gauche, puis des lésions d'aspect broncho-pneumonique du côté droit. La malade est décédée dans le service le 25 Avril 1935.

OBSERVATION N° 9. — Pasc... Angèle : 53 ans.

C'est en 1924, il y a 15 ans, qu'une altération de l'état général fit pratiquer une radioscopie pulmonaire à l'occasion de laquelle on découvrit un *petit infiltrat sous-claviculaire droit*. Suivie au dispensaire, cette lésion s'est avérée stabilisée. En mars 1938, apparition à nouveau de troubles de l'état général, avec réveil de la lésion droite. En avril 1939, les clichés montrent une infiltration excavée du carrefour bico-st-claviculaire droit. En juin 1939 apparaît une *gomme tuberculeuse* à la face externe du bras droit. Elle se cicatrise en 6 mois. Au mois de juillet paraît une *synovite tuberculeuse* du coude droit. En janvier 1940, on découvre un processus d'*ostéite du coude droit* avec abcès froid, cette lésion se cicatrisant en 6 mois, mais laissant persister une fistule. En juin 1940, se produit une *tumeur blanche du coude gauche* ; Depuis l'apparition des localisations externes, l'état pulmonaire s'est lentement amélioré, la lésion droite est stabilisée, l'état général très satisfaisant.

OBSERVATION N° 10. — Vau... Robert : 42 ans.

En mai 1939, une grosse hémoptysie motive l'entrée de ce malade à l'Hôpital. Des clichés révèlent une *tuberculose bilatérale ulcéro-fibreuse* assez ancienne bien que bacillifère. Séjour de 6 mois au sanatorium d'Asnières. Le malade en revient très amélioré quant à son état général, mais il est

apparu une volumineuse *adénopathie cervicale droite* qui se fistulise. Traitement par les R.U.V. Cicatrisation en 3 mois sans que l'état pulmonaire n'ait subi aucun changement.

OBSERVATION N° 11. — Grand... Gisèle, 31 ans.

En février 1940, *pleurésie gauche* à début brusque. Evolution cyclique de cette atteinte pleurale qui régresse en 3 mois, ne laissant subsister que des séquelles radiologiques. Cependant les clichés montrent l'apparition d'un granité fin bilatéral à siège apical. Ces lésions paraissent non évolutives. En juin, la malade commence à souffrir au niveau du pied gauche. En juillet, le complexe clinique est celui d'une *tumeur blanche* de l'articulation médio-tarsienne gauche avec abcès froid volumineux. Actuellement l'image thoracique est redevenue normale. La lésion osseuse continue son évolution.

OBSERVATION N° 12. — Zer... Caroline : 18 ans.

En mars 1940, la malade vient consulter pour la première fois, mais il semble bien que le début des signes pulmonaires remonte à octobre 1939. L'existence d'une température à 40°, irrégulière, accompagnant un aspect radiologique de primo-infection ganglio-pulmonaire, fait porter le diagnostic de *typhobacillose*. En mai 1940, alors que l'atteinte générale semble céder, apparaît une volumineuse *adénopathie cervicale uni-*, puis bilatérale. Pas de fistulisation. Après 5 mois dans le service, la malade est sortie améliorée. L'adénite cervicale persistant cependant.

OBSERVATION N° 13. — Desc... Alice : 35 ans.

En mai 1934, après un avortement, on découvre à l'Hôpital Laënnec une *tuberculose ulcéro-caséeuse droite* avec porosité apicale. Un pneumothorax est institué le 21 juin 1934. Il est suivi d'un épanchement, puis de symphise, et est abandonné après 6 mois. En 1936 *abcès froid thoracique* avec os-

tête costale, accompagné d'une nouvelle poussée évolutive pulmonaire avec hémoptysie. En décembre 1939, apparition de *gommes tuberculeuses multiples* disséminées (cuir chevelu, membres, thorax). En mars 1940 *tumeur blanche du cou-de-pied droit*, plâtrée. En juillet 1940, l'atteinte de l'articulation sous-astragalienne et l'apparition d'un abcès froid fistulisé accompagnent une nouvelle éruption de gommes tuberculeuses. Puis apparition d'une *tumeur blanche de l'articulation radiocarpienne gauche*. Malgré l'aspect stabilisé des lésions pulmonaires, la malade est décédée cachectique en octobre 1940.

OBSERVATION N° 14. — Ver... Anna : 21 ans.

En février 1939, alors que la malade est enceinte de 8 mois, elle fait une *pleurésie séro-fibrineuse gauche*. Elle accouche normalement d'un enfant viable qui meurt au 15^e jour. En avril 1939, une bacilloscopie positive fait penser à l'existence de *lésions pulmonaires sous-jacentes à la pleurésie*. En juin, apparition de signes péritonéaux qui régressent spontanément. En novembre 1939, apparition d'un *abcès froid* au niveau du *coude gauche* qui régresse en 6 mois. A la même date, apparaît une *tumeur blanche* du poignet droit qui se fistulise. Malgré un état général déficient, la malade est sortie sur sa demande.

OBSERVATION N° 15. — Lon... Georges, 20 ans.

En septembre 1936, à l'occasion d'un examen prophylactique, on décèle une *image de condensation pulmonaire occupant la région moyenne du poumon droit*. Séjour au sanatorium de La Bruyère ayant duré 10 mois et pendant lequel est institué un pneumothorax thérapeutique dont le résultat est excellent. En mai 1939, apparition d'une *adénopathie cervicale droite* qui évolue pendant 3 mois puis se fistulise et se cicatrise en 6 mois ; sans qu'il y ait eu d'aggravation de l'état pulmonaire. Actuellement, le malade, en excellent état, a repris son travail.

OBSERVATION N° 16. — Pac... Paul : 17 ans.

En février 1939, atteinte *pleuro-pulmonaire droite* dont la régression s'effectue normalement en 6 mois. Au mois d'août 1939, apparaissent des douleurs au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite, du coude gauche, et du poignet droit. Immobilisation plâtrée de ces trois articles. Cependant au niveau du poignet et du coude se forment des *collections froides*. Fistulisation à la face externe du coude où il existe une atteinte osseuse cubitale. L'état pulmonaire s'est stabilisé et le malade est parti pour le sanatorium de Port-Neuf.

OBSERVATION N° 17. — Dac... René : 33 ans.

En juillet 1931, le malade est opéré à l'Hôpital Saint-Louis pour une fistule anale. La persistance de fièvre fait pratiquer un examen complet qui révèle une *tuberculose pulmonaire localisée à l'apex gauche*. Traitement par les sels d'or qui paraît stabiliser cette lésion. En décembre 1933, nouvelle poussée pulmonaire, apparition d'un foyer au sommet droit. Le malade part au sanatorium de Saint-Martin du Tertre dans le courant de 1934. Pendant ce séjour, apparaissent successivement : en février 1935 une *épidydymite tuberculeuse bilatérale* ; un *spina ventosa du médus droit et du gros orteil gauche*. Un traitement actino-thérapique reste sans résultat. Résection du médus en juillet et du gros orteil en août. En juin, est apparue une *tumeur blanche* du genou gauche qui a été plâtré. Les lésions semblent en voie de cicatrisation. En mai 1936, apparaît un *abcès froid* du triangle de Scarpa dont l'origine est un *mal de Pott lombaire*. On pratique une greffe d'Albee le 20 mai 1937 et une résection du genou le 28 août, sans aucun retentissement pulmonaire. En mai 1939, *abcès froid de la fesse droite* spontanément régressif. Actuellement toutes les localisations externes sont guéries, il existe une tuberculose fibreuse bi-apicale non évolutive.

OBSERVATION N° 18. — Lep... Emile : 18 ans.

En décembre 1938, la notion d'antécédents héréditaires fait envoyer ce malade en préventorium. En février 1939, un cliché montre la présence d'un *infiltrat arrondi sous-claviculaire droit*. Séjour à Mégève de 6 mois, disparition de l'image pathologique pulmonaire. En janvier 1940, devant l'existence de douleurs lombaires persistantes, on effectue des radios osseuses qui révèlent un *mal de Pott lombaire*. Une greffe d'Albee est pratiquée le 25 janvier. Résultat satisfaisant, reprise de la marche après 6 mois. Alors que le malade allait partir en sanatorium, il est emporté en 8 jours par une *méningite tuberculeuse*.

OBSERVATION N° 19. — Goi... Adrienne : 17 ans.

Chez cette malade, on a la notion d'une tuberculeuse pulmonaire familiale. En 1933, on découvre une *infiltration apicale droite* qui semble régresser rapidement. Séjour sanatorial de 1 an. En juin 1934, hématurie, des examens de spécialité concluent à l'existence d'une *tuberculose rénale bilatérale* avec grosse atteinte fonctionnelle rendant toute intervention impossible. En février 1935, reprise des signes pulmonaires, bilatéralisation des lésions. Décès en 1935.

OBSERVATION N° 20. — Mont... Olga : 33 ans.

Au mois d'août 1932, *pleurésie droite* pour laquelle cette malade vient consulter au Centre de Triage. Suivie pendant plusieurs mois, l'atteinte pleurale régresse mais dès novembre 1932 les clichés radiographiques révèlent l'existence dans les deux champs pulmonaires d'une *tuberculose miliaire à type granulique*. Traitement par les sels d'or. En décembre 1932, apparition d'une *ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule gauche*. La malade est plâtrée et sort sur sa demande en février 1933. Elle revient en février 1934. On constate alors la disparition de l'image granulique, mais il est apparu une

infiltration nette sous-claviculaire gauche. A la même date un *abcès froid axillaire gauche* s'est fait jour et régresse en un an. En 1936, guérison clinique et radiologique de *l'ostéo-arthrite scapulo-humérale*, mais apparition dans le champ pulmonaire droit d'une caverne de la base ; En 1939, hématurie, avec signes de cystite sans qu'on puisse affirmer l'existence d'une tuberculose rénale. Actuellement, tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale.

OBSERVATION N° 21. — Hac... Louis : 42 ans.

En 1937, *pleurésie droite*, avec atteinte pulmonaire sous-jacente probable. En 1939, apparition de douleurs au niveau de l'épaule droite. En février 1940, douleurs analogues au niveau du cou-de-pied droit. Ce n'est que le 15 juillet 1940 que l'importance des signes pulmonaires amène le malade à consulter malgré un état général relativement floride. Les radiographies pulmonaires confirment l'existence d'une *tuberculose pulmonaire multi-porositaire bi-apicale*. Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite existe une *tumeur blanche avec abcès froid* en pleine évolution. L'épaule est le siège d'une ankylose avec atrophie musculaire sans que l'on puisse déceler d'atteinte osseuse.

OBSERVATION N° 22. — Berto... Germaine : 37 ans.

En mars 1940, amaigrissement et toux rebelle amènent la malade à l'hôpital, où, à la suite d'une hémoptysie, elle est hospitalisée. Les clichés montrent dès son entrée *des lésions bilatérales ulcéro-caséuses* à maximum apical ; après quelques mois d'hospitalisation, des signes de cystite importants et la présence de B. K. dans les urines motive une consultation de spécialité qui conclut à l'existence d'une *tuberculose rénale gauche*. L'état précaire de la malade contre-indique toute intervention.

OBSERVATION N° 23. — Ri., Anna : 21 ans.

A la suite d'un accouchement, assez brusquement se font jour les signes pulmonaires, *deux hémoptysies* abondantes successives motivent l'entrée de la malade à l'hôpital. On diagnostique l'existence d'une *tuberculose unilatérale droite* excavée en même temps qu'on note l'existence de gros amas ganglionnaires médiastinaux, concurremment aux faits d'ordre pulmonaires sont apparues de volumineuses *adénopathies cervicales dures et indolores*. Lentement une fistule se forme dans la région sous-maxillaire, la cicatrisation se fait en quelques mois. Du côté pulmonaire et malgré la collapsothérapie, les lésions s'étendent rapidement, deviennent bilatérales. L'abandon du pneumothorax a précédé de peu la mort de la malade, qui a succombé à cette forme hyper-toxique en 16 mois.

OBSERVATION N° 24. — Sau... Marcel : 19 ans.

Ce malade d'origine bretonne est venu travailler pour la première fois en 1936, dans des conditions matérielles défavorables. En novembre 1937, on diagnostique à l'hôpital Saint-Louis une *coxalgie gauche*. Il est hospitalisé et lors d'un examen général pratiqué en vue de son envoi à Berck, on découvre l'existence d'une *lésion pulmonaire droite* qui rend ce départ impossible. Traité pendant 29 mois à l'hospice de Brévannes, il en sort au mois de mai 1940, après que l'on ait constaté la guérison de sa coxalgie. Les lésions pulmonaires sont restées stationnaires. En juin, l'apparition d'une hématurie, puis la constatation de B.K. dans les urines fait porter le diagnostic de *tuberculose rénale*. En juillet 1940, on pratique une néphrectomie gauche. Actuellement guéri de ses localisations externes, ce malade est traité à l'hôpital Tenon pour tuberculose pulmonaire bi-apicale peu évolutive.

OBSERVATION N° 25. — Lel... Raymonde, 17 ans $\frac{1}{2}$.

Hospitalisée en mars 1940, dans le service, pour des troubles de l'état général, survenus consécutivement à un zona, on découvre chez cette malade une *tuberculose pulmonaire bi-apicale à prédominance gauche*, qui se fistulise en quelques semaines et régresse en 3 mois. Partie au sanatorium depuis 6 mois, on a créé récemment, un pneumothorax gauche dont le résultat est satisfaisant, l'état de la malade est actuellement excellent.

OBSERVATION N° 26. — Bon... Casilda : 31 ans.

En 1927, 18 ans, *mal de Pott dorso-lombaire* traité à Berck jusqu'en 1929. Guérison avec déformations importantes. En 1930, *tuberculose rénale droite* opérée par néphrectomie. En 1933, péritonite tuberculeuse avec ascite, qui régresse en un an (pas d'atteinte pulmonaire). En 1934, apparition de signes pulmonaires et on découvre une *lésion apicale gauche*. Séjour à Hauteville dont la malade revient avec des lésions stabilisées. Revue en 1938 avec un état satisfaisant.

OBSERVATION N° 27. — Baus... Marcelle, 24 ans.

De 7 ans à 16 ans, cette malade a présenté plusieurs *abcès froids thoraciques* avec atteinte costale, qui ont été traités à Berck, puis à Cannes. Revenue à Paris, elle reste bien portante de 1929 à 1934. En mai 1934, survient une *hémoptysie* à l'occasion de laquelle elle est examinée, on découvre une *tuberculose ulcéreuse unilatérale droite*. Séjour de deux ans à Hauteville, ayant amené une stabilisation des lésions pulmonaires. Pendant ce séjour, apparition d'une adénopathie cervicale qui se fistulise puis se cicatrise en 6 mois. Revue en 1937, la malade est porteuse de lésions ulcéro-fibreuses limitées s'accompagnant d'un état général excellent.

OBSERVATION N° 28. — Leg... Marguerite : 30 ans.

Ayant été consulter dans un service de chirurgie, pour des *fistules multiples du périnée* apparues spontanément, l'aspect de ces lésions fait penser à leur origine bacillaire. Un examen systématique découvre l'existence d'une *tuberculose pulmonaire gauche*, à type pneumonique, pour laquelle un pneumothorax a été institué le 15 août 1935. Rapide amélioration de l'état général et des lésions pulmonaires ; persistance des fistules. Séjour de un an au sanatorium d'Arnières après lequel la malade revient chez elle en bon état. Depuis, la malade a été perdue de vue.

OBSERVATION N° 29. — Plan... Marguerite : 30 ans.

Hospitalisée en 1934 pour une *adénite cervicale droite* survenue lentement en 2 ans, fistulisée et surinfectée. Une intervention chirurgicale est pratiquée au mois de février. 1 an après, en mai 1935, à l'occasion d'un examen général motivé par une fièvre légère et un amaigrissement important, on découvre une *infiltration apicale droite*. Après un séjour sanatorial de 1 an, cette image pathologique a disparu. La malade est actuellement chez elle et reste suivie par le dispensaire.

OBSERVATION N° 30. — Bre... Smone : 20 ans.

En février 1935, peu après son arrivée à Paris, est apparue une *adénopathie cervicale droite*. Rapidement et malgré le repos et un traitement par les R.U.V., la masse ganglionnaire se ramollit puis se fistulise en novembre 1935. La cicatrisation est obtenue en janvier 1936. Suivie au dispensaire, on décèle, quelques semaines après, une *pleurésie droite* dont le cycle se poursuit vers la guérison en 4 mois. Pendant son séjour à l'hôpital, on note l'apparition d'une *adénopathie cervicale gauche* qui régresse spontanément. En mai 1936, apparaît une *infiltration apicale du poumon droit*, et la ma-

lade part pour le sanatorium de Bligny. Après un séjour de 1 an, elle revient très améliorée. Elle a été revue récemment bien portante.

OBSERVATION N° 31. — Ric... Marie : 58 ans.

Après un contage prolongé au chevet de sa mère bacillaire, cette malade est venue pour la première fois en 1931 consulter, à l'occasion de douleurs persistantes au niveau du poignet gauche. On porte le diagnostic d'*ostéo-arthrite tuberculeuse* de l'articulation radio-carpienne. Malgré l'immobilisation plâtrée, trois fistules sont apparues en 1932. En 2 ans, la guérison est obtenue par ankylose. En 1933, lors d'un examen fortuit, on découvre un *infiltrat excavé au sommet du poumon gauche*. Cette lésion paraît ulcéro-fibreuse, peu évolutive. Actuellement la malade a été placée dans un hospice de chroniques et son état est actuellement excellent.

OBSERVATION N° 32. — Le V... Andréa : 21 ans.

À l'âge de 20 ans, à la suite d'un *abcès péri-anal* torpide, s'installe une fistule périnéale. Secondairement apparaissent deux autres trajets fistuleux. Six mois après ces accidents apparaissent des troubles importants de l'état général, une radiographie révèle l'existence de *lésions pulmonaires droites* ; la collapsothérapie reste impossible. Jusqu'en 1936, les lésions restent peu évolutives puis, brusquement, survient une nouvelle poussée, l'atteinte pulmonaire est rapidement bilatérale et multiporositaire. Concurrément apparaît une nouvelle *fistule périnéale avec ostéite pubienne*. La malade est décédée au mois de mai 1937.

OBSERVATION N° 33. — Cab... Auguste : 20 ans.

En contact constant avec son père tuberculeux, depuis sa naissance, ce malade a fait à l'âge de 7 ans, en 1927, une *trochantérite avec abcès froid et fistule*, puis une *coxalgie gauche*. Soigné à Berck, il en revient en 1930, après que l'on

ait constaté la guérison clinique et radiologique de cette lésion osseuse.

Depuis cette date resté en contact avec son père, il est bien portant jusqu'en 1940. Au mois de juillet, une brusque atteinte de l'état général fait pratiquer un examen pulmonaire qui révèle l'existence d'une *lésion pulmonaire gauche* à type de lobite tuberculeuse. Cette lésion a une tendance extensive et, en septembre, paraît une spéléonque. Le pneumothorax s'est avéré impossible et le malade, en mauvais état, est rentré chez lui.

OBSERVATION N° 34. — Gag... Emilienne : 31 ans.

En février 1930, cette malade est admise à l'Hôpital Cochin pour une *tumeur blanche* de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Malgré l'immobilisation plâtrée, celle-ci se fistulise et l'on pratique une astragalectomie. Jusqu'en 1933, tout paraît être rentré dans l'ordre. A ce moment, après une grossesse, une fistule réapparaît au cou-de-pied gauche et l'on est contraint à une amputation en janvier 1934. En août 1935, les troubles de l'état général font pratiquer un examen pulmonaire qui décèle une *infiltration du poumon gauche* avec évidemment apical. En quelques semaines se produit une *lésion contro-latérale à type broncho-pneumonique* et la malade est décédée en septembre 1935.

OBSERVATION N° 35. — Ver..., Jeanne : 35 ans.

En 1935, peu de temps après son arrivée à Paris, cette malade va consulter à l'Hôpital Broca pour un *abcès péri-anal*. L'aspect d'une fistule à bords décollés fait penser à la nature bacillaire de cette lésion. Opérée à l'Hôpital de Vaugirard, où elle reste 4 mois, on ne peut obtenir sa cicatrisation et la malade rentre chez elle avec deux fistules péri-anales. Dès décembre 1935, alors qu'on envisageait une nouvelle intervention, une altération de l'état général et un amaigrissement de 10 kilos la font hospitaliser dans le service

où on découvre des *lésions pulmonaires diffuses* rapidement extensives. La malade est décédée en juin 1936.

OBSERVATION N° 36. — Zim... Jeanne : 17 ans.

En 1932, à l'âge de 13 ans, la malade a été traitée pour une *tumeur blanche du cou-de-pied droit*. Soignée à Berck pendant 3 ans, elle y subit, en mai 1933, une astragalectomie dont le résultat est satisfaisant. Elle quitte Berck au mois de juin 1935 en bon état et se fait suivre régulièrement dans le service. En septembre 1935, on découvre une *lésion très discrète au sommet gauche* et la bacilloscopie s'étant montrée positive, la malade part pour le sanatorium de Hauteville. Elle revient en mars 1937, son état est alors satisfaisant, mais il existe au niveau des deux sommets des lésions de type fibreux. D'août 1937 à juin 1939, elle fait deux nouveaux séjours en sanatorium ; au mois d'août 1939, l'apparition d'une petite caverne au sommet droit fait instituer un pneumothorax qui, contre toute attente, est satisfaisant. Revue récemment, la malade, qui est insufflée régulièrement, a repris une vie normale.

OBSERVATION N° 37. — Tri... Marcel : 21 ans.

A l'âge de 6 ans, en 1925, le malade fait une *coxalgie droite* traitée à Berck pendant 8 ans, une arthrodèse ayant été pratiquée en 1928. En 1936, on est contraint à une ostéotomie et le malade fait un nouveau séjour à Berck de 1 an. En février 1938, après une luxation traumatique du coude gauche, apparaît une *tumeur blanche du coude* qui est plâtrée et qui se fistulise. Aucune lésion pulmonaire n'avait été décelée jusqu'au mois d'avril 1940 où un amaigrissement inexpliqué fait pratiquer un nouveau cliché qui permet de découvrir une *infiltration peu dense du sommet gauche* avec image cavitaire sous-claviculaire. Un pneumothorax est institué le 8 mars 1940 et le malade a fait l'objet récemment d'un placement sanatorial.

OBSERVATION N° 38. — Lem... Jean : 38 ans.

En 1908, à l'âge de 6 ans, ce malade a été soigné pour une *tumeur blanche* du genou. Il a fait un séjour à Pembron de 4 ans pendant lequel, successivement, sont apparus une *kératite phlycténulaire* puis une *otite tuberculeuse*. Il quitte Pembron définitivement guéri à l'âge de 13 ans. Ce n'est qu'en 1932, à l'âge de 30 ans, qu'ayant été consulter au dispensaire on découvre une *lésion tuberculeuse du sommet droit*. Un pneumothorax est institué en février 1933, puis le malade fait un séjour de 19 mois au sanatorium de La Bruyère. A la fin de son séjour, il présente un *lupus* qui est traité et guéri en 2 ans. Reparti au sanatorium de Hauteville pendant 2 ans, il en revient complètement guéri, mais garde du côté de son pneumothorax, qui a été abandonné, une image d'hémithorax sombre avec rétraction.

OBSERVATION N° 39. — Dau... Arlette : 34 ans.

En 1926, est apparue une *tumeur blanche du genou*, pour laquelle la malade a été envoyée au sanatorium de Zuydcoote. Après neuf mois, elle interrompt volontairement son traitement et, l'état de son genou s'étant aggravé, on pratique une résection suivie d'un plâtre qu'elle garde 6 mois. En 1928, la guérison est considérée comme définitive. En 1931, alors qu'elle est suivie au dispensaire, une radiographie révèle l'existence d'une *caverne sous-claviculaire gauche*. Traitée par les sels d'or, puis par pneumothorax thérapeutique, la lésion paraît se stabiliser. Une phrénicectomie est pratiquée en 1933. A cette date apparaît un *lupus* de la face traité à l'Hôpital Saint-Louis et actuellement cicatrisé. Sortie de l'Hôpital en 1934, elle y revient à la fin de 1938, présentant une image d'*infiltration sous-claviculaire droite*. La lésion gauche a entièrement régressé. En janvier 1939, est institué un pneumothorax qui est abandonné en juillet 1940 devant la disparition de toute lésion dans le moignon pulmonaire. La malade a été autorisée à reprendre son travail, à condition de se faire suivre médicalement.

CONCLUSIONS

Des statistiques diverses que nous avons passées en revue, comme des enquêtes que nous avons poursuivies dans différents Services Hospitaliers de Paris, nous avons pu conclure à l'existence d'un nombre relativement élevé de tuberculoses mixtes, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Cependant, le pourcentage de ces malades est variable et plus particulièrement important dans les services dits de désencombrement, bien que ce ne soit vraiment pas là, pour eux, un séjour recommandable.

Chez l'enfant, nous insisterons sur l'indépendance évolutive fréquente des deux genres de localisations, réalisant pour les lésions pulmonaires, comme pour les lésions externes, une véritable « autonomie évolutive ».

Chez l'adulte, cette autonomie évolutive peut exister et on n'observe alors aucune interaction réciproque, mais fréquemment aussi la chronologie d'apparition des lésions, l'importance et le nombre des localisations extra-pulmonaires jouent un rôle dans le mode évolutif et dans le pronostic général. C'est ainsi que dans les faits observés par nous, les tuberculoses mixtes à précession pulmonaire ont comporté un pronostic plus sévère que les formes à précession osseuse.

Dans l'ensemble, le pronostic des tuberculoses associées, est plus favorable chez l'enfant que chez l'adulte. Nous croyons que cette différence de pronostic repose sur deux faits cliniques : D'une part la lésion pulmonaire de l'enfant est souvent constituée par le chancre de primo-infection qui, en général, régresse avec rapidité, alors que chez l'adulte il s'agit ordinairement de lésions de réinfection souvent graves et tenaces. D'autre part, l'évolution de la localisation chirurgicale a paru, tout au moins dans nos observations, avoir une sévérité moindre chez l'enfant que chez l'adulte.

Au point de vue pathogénique, on peut admettre, avec certaines réserves cependant, de ranger les tuberculoses mixtes de l'enfant dans le deuxième stade de Ranke ; c'est ainsi que nous sommes d'accord pour constater qu'il ne s'écoule pratiquement jamais plus de trois ans entre la primo-inoculation pulmonaire et l'apparition de lésions locales disséminées.

Mais chez l'adulte, la classification de Ranke se heurte au fait que l'on voit évoluer, sans aucun doute, côte à côte, des lésions pulmonaires du stade trois et des localisations multiples, relevant de la dissémination bacillaire du stade deux.

Dans le traitement de ces formes complexes, il faut analyser chaque cas en particulier et tenir compte de l'état pulmonaire qui rend les thérapeutiques chirurgicales plus délicates. Il n'en est pas moins vrai que certaines interventions nécessaires sont possibles sans aggraver l'évolution pulmonaire.

La cure climatique demeure un adjuvant de premier ordre pour le traitement de cette modalité de tuberculose.

Si la cure hélio-marine est souvent contre-indiquée par l'état pulmonaire, du moins la montagne est-elle toujours bien supportée (en climat sec).

Mais ce qui est peut-être le plus grave au point de vue pratique dans la tuberculose mixte, ce sont les conséquences indirectes de la dualité pathologique. D'une part la localisation pulmonaire prive le malade de la cure marine et de l'héliothérapie et le met dans des conditions relativement défavorables (au point de vue anesthésie, notamment) lorsqu'il faut décider une intervention sanglante ; d'autre part, compte tenu de l'état actuel de notre armement anti-tuberculeux, l'existence d'une localisation externe, tant soit peu importante, ferme à nos malades la plupart de nos Sanatoria.

Vu : *Le Doyen,*
BAUDOUIN.

Vu : *Le Président,*
TROISIER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CARCOPINO.

BIBLIOGRAPHIE

- APPERT-COLIN (A.). — Thèse, Paris 1937.
- BERNARD (Etienne) et KLOTZ (P.). — Paris-Médical, 5 janvier 1935. Tuberculose pulmonaire de l'adulte associée à des foyers extra-pulmonaires multiples.
- BERNARD (Etienne). — Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, avril 1933.
— Société Médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 4 décembre 1936. N° 34, page 1643.
- BERNARD (Etienne), THIEFFRY (S.) et LESOBRE (R.). — Tuberculose pulmonaire et extra-pulmonaire associées chez l'adulte. Revue de la Tuberculose. Décembre 1936.
- BERNARD (Etienne), DREYFUS-SEE (G.) et HERRENSCHMIDT. — Evolution des tuberculoses pulmonaires et extra-pulmonaires chez l'enfant. Revue de la Tuberculose. Décembre 1936.
- BERNARD (Etienne) et DREYFUS (A.). — Tuberculose pulmonaire et multi-ganglionnaire chez l'adulte. Société Médicale des Hôpitaux. 10 juillet 1935.
- BERNARD (Etienne), THIEFFRY (S.) et GAUTHIERS-VILLARS (P.). — Tuberculose de généralisation non miliaire chez un adulte. Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux. Février 1937, page 236.
- BERNARD (Etienne). — Le placement des tuberculeux en station de cure. (Rapport du Comité National de Lutte contre la Tuberculose, 1939, page 198 à 240).
- BEZANÇON (F.) et PHILIBERT. — Paris-Médical, 9 Février 1924.
— Paris-Médical, 2 Janvier 1926.

- BOURGEOIS (Pierre) et LEBEL (Mario). — Aspects cliniques et modes évolutifs des Tuberculoses Mixtes. Bulletin et mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 4 décembre 1936.
- BEZANÇON (F.), BERNARD (Etienne), CÉLICE et WAHL. — Tuberculose de l'adulte à localisations multiples. Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux, 8 juillet 1932.
- COUVREUR. — Thèse, Paris 1892.
- CAMINO. — Thèse, Paris 1924.
- CATTI. — La force sanitaire, 10 juillet 1933. Tuberculose osseuse et articulaire.
- COMBY (J.). — Société Médicale des Hôpitaux, séance du 4 décembre 1936.
- FREY (J.). — Thèse, Paris 1927.
- JACQUEMAIN (A.). — Bulletin Médical, N° 45 du 18 septembre 1920. Considérations cliniques sur les tuberculoses mixtes.
- JACQUEROD. — La Différenciation anatomoclinique entre la tuberculose pulmonaire et la tuberculose chirurgicale. (Communication à la IX^e Conférence Internationale contre la Tuberculose, Varsovie, septembre 1934).
- Les conceptions de Ranke et sa classification en trois stades de la Tuberculose pulmonaire. Presse Médicale, 2 avril 1932.
- JACOB. — Revue de la Tuberculose 1932, page 183, séance du 12 décembre 1931.
- LENORMAND (Ch.). — Sur le traitement des tuberculoses mixtes. Progrès Médical, 31 novembre 1939.
- LETULLE et HALBRON (P.). — Extrait du nouveau traité de médecine de Roger Vidal et Teissier (Tome 12, p. 293).
- LYON (O.). — Thèse, Paris 1938.
- MARFAN. — Archives Générales de la Médecine, mars-avril 1886, page 423.
- Paris-Médical, 1^{er} janvier 1921 : « La Scrofule, conception ancienne, conception nouvelle. »

- Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 8 janvier 1937, n° 1, page 33. « A propos du procès-verbal au sujet de la communication de MM. Pierre Bourgeois et Mario Lebel, sur la tuberculose mixte. »
- PALTRINIERI (M.) (Bologne). — La chirurgia degli organi di movimento, volume 19, Fascicule 4, octobre 1929.
- RENAUD (Maurice) et PETIT-MAIRE. — Bulletin et mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, avril 1933, p. 217 : « Avec quelle fréquence la tuberculose pulmonaire s'associe-t-elle avec la tuberculose, dite locale ».
- RIBADEAU-DUMAS. — Début de la tuberculose pulmonaire. Flammarion 1925.
- RINONAPOLI (G.). — Archivio di medicina et chirurgia. Istituti ospitalieri d.s. Corona in Pietraligure Divisione Chirurgica Ortopedica diretta dal Prof. R. Zandi (13 août 1935, anno IV, N° 4, p. 497). « Lesioni tubercolari osteo-articolari e pleuro-polmonari associate ».
- RIST (E.). — Revue de la Tuberculose, N° 3, juin 1922 : Les localisations extra-pulmonaires de la Tuberculose.
- Société Médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 4 décembre 1936, N° 34, page 1646.
- ROLLIER (A.). — La cure de soleil, 2° édition, Baillière, éditeur, Paris, Chapitre II, Tubercules Pulmonaires et Chirurgicales associées.
- TROISIER, BARIÉTY et DUGAS. — Tuberculose multi-ganglionnaire de l'adulte. Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux. 19 juin 1936, N° 21, page 1.080.
- TROISIER, BARIÉTY et DUGAS. — Tuberculose multi-ganglionnaire de l'adulte, forme abdominale. Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux. 16 octobre 1936, N° 27, page 1.304.
- WINTERSTEIN. — Archiv. für Klinische Chirurgie, 4 avril 1923.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
HISTORIQUE	13
ETUDE CLINIQUE	21
CHAPITRE PREMIER. — TUBERCULOSE MIXTE CHEZ L'ENFANT	23
CHAPITRE II. — TUBERCULOSE ASSOCIÉE CHEZ L'ADULTE	47
CHAPITRE III. — INTERPRÉTATIONS ET THÉORIES	69
CHAPITRE IV. — THÉRAPEUTIQUE	79
OBSERVATIONS	89
CONCLUSIONS	105
BIBLIOGRAPHIE	109

